

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie (kombinovaná)



Petra Krtková

Co bys dělal, kdybys zjistil, že Tvůj blízký má problém s alkoholem? Zmapování subjektivní dostupnosti adiktologických služeb a dalších zdrojů pomoci.

What would you do if you found out that your relative has a problem with alcohol? Mapping the subjective availability of addiction services and other resources to help.

Bakalářská práce

Praha, 2015

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslav Vacek

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svou bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem všechny použité prameny uvedla a řádně citovala a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s uložením elektronické verze této bakalářské práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, dne

.....

Petra Krtková

Identifikační záznam:

KRTKOVÁ, Petra. Praha. *Co bys dělal, kdybys zjistil, že Tvůj blízký má problém s alkoholem? Zmapování subjektivní dostupnosti adiktologických služeb a dalších zdrojů pomoci. What would you do if you found out that your relative has a problem with alcohol? Mapping the subjective availability of addiction services and other resources to help.* Praha 2014. Počet stran ____,. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN 2014. Vedoucí závěrečné práce Mgr. Jaroslav Vacek.

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla především velmi poděkovat svému vedoucímu práce Mgr. Jaroslavu Vackovi za jeho nekonečnou trpělivost, velkou podporu, povzbuzení, vzácné rady a připomínky a také Mgr. Matouškovi za jeho cenné rady a připomínky. Velmi si vážím jejich profesionálního přístupu a laskavosti. Dále bych chtěla moc poděkovat své nejbližší rodině a přátelům, kteří mě neustále podporovali a fandili, když už jsem to chtěla vzdát. Všem z celého srdce za vše děkuji, protože bych bez nich tuto práci nenapsala.

Abstrakt

Tato práce se zabývá tématem, jak by lidé řešili situaci, kdyby zjistili, že by jejich blízká osoba byla závislá na alkoholu.

Východiskem pro tuto práci je vysoká spotřeba alkoholu v naší společnosti a zároveň různé postoje společnosti vůči lidem, kteří mají problém s alkoholem.

Cílem této práce je vytvořit teoretickou základnu, na níž pak bude sestaven výzkum. Podstatou výzkumu měla být zjištění, co by lidé hypoteticky dělali, kdyby jejich blízká osoba byla závislá na alkoholu. Jaké faktory ovlivňují rozhodnutí lidí a jak se liší chování a faktory u respondentů s alkoholovým problémem oproti respondentům bez této zkušenosti.

Teoretická část obsahuje popis závislosti na alkoholu, informace o systému léčebné péče pro závislé na alkoholu a informace o nynější situaci v České republice, o svépomocných skupinách, dále se pak věnuje kapitolám veřejnosti a rodině.

Praktická část popisuje proces samotného výzkumu. Pozornost je zde věnována použitým metodám, kterými byly polostrukturované rozhovory a následně jejich rozbor pomocí kódování, segmentace a kategorizace dat. Dále popisuje výzkumný soubor, který byl vytvořen 54 respondenty. Respondenti byli získáni namátkovým výběrem převážně v hostinských zařízeních. Nakonec se zabývá výsledky výzkumu. Tedy čtyřmi kategoriemi, které z rozhovorů vyplynuly: řešení situace, faktory pro nevyhledání pomoci, faktory pro vyhledání léčby, rozdíly respondentů s alkoholovou zkušeností oproti respondentům bez zkušenosti s alkoholovým problémem.

Mezi nejdůležitější výsledky patří, že téměř třetina dotazovaných by nevyhledala žádnou odbornou pomoc pro své blízké a informovanost veřejnosti o vhodných možnostech léčby se ukázala jako nízká.

KLÍČOVÁ SLOVA - alkoholová závislost, systém léčebné péče, svépomocné skupiny, veřejnost, předsudky, rodina

Abstract

This work deals with how people solve the situation, they found out that their next of kin have been dependent on alcohol.

The starting point for this work is the high consumption of alcohol in our society and also different attitudes towards people who have a problem with alcohol.

The aim of this work is to create a theoretical base on which will be compiled research. The essence of research should be to determine what people would hypothetically do if their next of kin have been dependent on alcohol. What factors influence the decisions people make and how different factors and behavior among respondents with alcohol problems compared to respondents without this experience.

The theoretical part contains a description of alcohol dependence, information systems of medical care for alcoholics and information on the current situation in the Czech Republic, the self-help groups, as well as the chapters devoted to the public and family.

The practical part describes the process of the research itself. Attention is paid to the methods used, which were semi-structured interviews and subsequently their analysis using coding, segmentation and categorization of data. Further research file that was created 54 respondents. Respondents were recruited mainly in the random selection of guest facilities. Finally, it discusses the results of the research. Thus, the four categories that emerged from the interviews.

Among the most important results is that almost a third of the respondents would not sought any professional help for their loved ones and informing the public about appropriate treatment options proved to be low.

KEYWORDS - alcohol addiction, the system of medical care, self-help groups, public prejudices, family

OBSAH:

1.	ÚVOD.....	9
2.	ALKOHOL A PROBLEMATIKA ALKOHOLU.....	11
2.1.	Rozsah užívání alkoholu v ČR.....	11
2.2.	Názory občanů na drogy.....	11
2.3.	Názor odborníka.....	12
2.4.	Typy závislostí na alkoholu.....	12
2.5.	Vznik a vývoj závislosti na alkoholu.....	13
2.6.	Rozdělení uživatele alkoholu.....	14
3.	SYSTÉM LÉČEBNÉ PÉČE.....	16
3.1.	Názor odborníka.....	16
3.2.	Efektivní systém péče.....	16
3.2.1.	Dostupnost adiktologické péče.....	17
3.3.	Typy adiktologických služeb.....	17
4.	SVEPOMOCNÉ SKUPINY.....	19
4.1.	Svépomocné programy.....	19
4.2.	Svépomocné skupiny.....	19
4.3.	Historie vzniku svépomocných skupin.....	20
4.3.1.	Organizace Anonymních alkoholiků.....	20
5.	VÍRA V BOHA.....	21
5.1.	Víra.....	21
5.2.	Bůh.....	22
5.3.	Bible.....	22
5.4.	Modlitba.....	22
6.	VNÍMÁNÍ DRUHÝCH LIDÍ A JEJICH POSTOJE.....	23
6.1.	Společnost.....	23
6.2.	Postoje.....	23
6.3.	Předsudek.....	23
6.3.1.	Jak se předsudek projevuje.....	24
6.3.2.	Příčiny předsudků.....	25
6.3.2.1.	Kategorizace.....	25
6.3.2.2.	Výchova v rodině.....	25
6.3.2.3.	Autoritativní osobnost.....	26
6.3.3.	Změna předsudků.....	26
6.4.	Stereotypy, stereotypizace.....	26
6.5.	Stigma, stigmatizace.....	26
6.6.	Fámy.....	27
6.7.	Přesvědčení.....	27
7.	RODINA A ALKOHOL.....	28
7.1.	Dopady alkoholu v rodině.....	28
7.2.	Fáze chování rodiny k alkoholu.....	29
7.3.	Kodependence.....	29
7.4.	Rozpad rodiny a sociální izolace.....	30
8.	POUŽITÉ METODY.....	32
8.1.	Výzkumný cíl.....	32
8.2.	Výzkumné otázky.....	32
8.3.	Metoda sběru dat.....	32

8.4. Metoda analýzy dat.....	33
8.5. Výzkumný soubor.....	33
8.6. Etika.....	34
9. VÝSLEDKY.....	35
10. DISKUZE A ZÁVĚRY.....	51
11. POUŽITÁ LITERATURA.....	54

1. ÚVOD

V poslední době často kolem sebe slýchám podobné věty typu: „Tak se už tím netrap, půjdeme na pivo a spláchnem to.“ „Nic si z toho nedělej, pojd', dáme panáka“. „To byl dnes den, musím si zajít na jedno.“ „Potřebuju přijít na jiné myšlenky, jdu se napít“. Získala jsem pocit, jakoby se tyto věty staly pro dost lidí přirozenou součástí našich životů a na určité situace v životě reagovali už jen tímto naučeným a automatickým způsobem „zapít to, spláchnout to“.

Ano, pravdou je, kdo se někdy nenapije? Příležitost se vždycky najde. Například narození dítěte, promoce, svatba, pohřeb, rozvod, špatný den a jiné. Ale když se z toho pak stane každodenní rituál, tak je nejspíše něco špatně. A navíc to vypadá, že my Češi mnohdy neumíme pít s mírou. Nevíme, kdy přestat, jako bychom neměli „záklopku“. Výroční zpráva z roku 2013 zpráva uvádí, že alkohol vypilo v posledním měsíci celkem 69,9 % dotázaných (78,4 % mužů a 61,5 % žen). Pití nadměrných dávek alkoholu (5 a více sklenic alkoholu při jedné příležitosti) s frekvencí alespoň jednou týdně nebo častěji uvedlo celkem 12,8 % dotázaných (21,1 % mužů a 4,9 % žen), především ve věkové skupině 35–44 let. To je podle mého názoru hrozné číslo a vede k zamyšlení.

O alkoholu, drogách a závislostí už vyšlo spousty odborné literatury, ale mám pocit, že alkohol veřejnost vůbec nepovažuje za nebezpečnou návykovou látku. Většina lidí se k ostatním drogám (pervitin, heroin, extáze) staví převážně odmítavě a negativně, ale alkohol nepovažují za tak rizikový. To potvrzuje i centrum pro výzkum veřejného mínění (CVVM) z roku 2013, který realizuje každoroční šetření názorů občanů na drogy zaměřené především na morální přijatelnost konzumace návykových látek a subjektivní vnímání zdravotních rizik spojených s jejich konzumací. Za nejméně rizikové chování považují respondenti konzumaci alkoholu, tabáku a konopných látek. Zvýšil se počet přijatelnosti konzumace alkoholu. To mě přivádí k otázce, jak to, že většina lidí považuje pití alkoholu za přijatelné, rádi se napijí, zajdou na pivo, na panáka? Ale na druhé straně, když pak vidí někoho, kdo je opilý či chodí denně do hospody, jsou z jejich úst mnohdy slyšet slova typu: „Podívej se na něj, zase chlastá“, „Fuj, zase je ožralá, že si nedá pokoj“, „Vidíš, zas je nalamptanej, nevšímej si ho, není mu pomoci, nedá si říct“.

Na jedince, kteří mají opravdu problém s alkoholem se často nahlíží jako na „ožrali“, kteří se do problémů dostali jen svou vlastní vinou a můžou si za vše sami. Jedním z hlavních faktorů, který utváří náš postoj nejen k sobě samému, ale i k ostatním bývá sociální prostředí. Lidé často své názory názorům podřizují většinovým.

V této práci v souvislosti s tématem mé bakalářské práce se také chci zaměřit na pojmy jako jsou předsudky a stereotypy, které s tímto tématem nepochybně souvisí.

Lidé v mém okolí velmi často zastává různé názory a postoje, které jsou ale spíše negativní, co se týká ve vztahu k lidem závislým. Veřejnost bývá často ovlivněna například médií či vlastní zkušeností nebo předsudky, proto může nastat situace, kdy lidé často zaujmají odmítavé či lhostejné postoje.

Všechny tyto výše zmíněné důvody mě navedly k tomu, abych téma své bakalářské práce nazvala: Co bys dělal, kdybys zjistil, že Tvůj blízký má problém s alkoholem? Zmapování subjektivní dostupnosti adiktologických služeb a dalších zdrojů pomoci. Chtěla

bych zjistit, jak by lidé řešili situaci, když by jejich blízká osoba byla závislá na alkoholu a zároveň zmapovat informovanost veřejnosti o vhodných možnostech léčení se závislostí na alkoholu včetně svépomoci. Neboť si myslím, že téma alkoholové závislosti v dnešní společnosti je velmi aktuální a v době životních krizí a problémů je alkohol pro lidi obzvlášť záludný a nebezpečný. Významnou roli má vliv prostředí, ve kterém jedinec žije a vyrůstá. Nepochybně sem patří rodina, ve které člověk vyrůstá, pracovní prostředí, životní situace a také jeho duševní a tělesná odolnost.

2. ALKOHOL A PROBLEMATIKA ALKOHOLU

Vzhledem k tématu mé práce považuji za nutné popsat problematiku alkoholu v ČR.

Alkohol a alkoholismus jsou tématy medicínskými, ale i společenskými. Používání alkoholu je stálým průvodcem celou historií lidstva. Alkohol vždy plnil úlohu kladnou i zápornou. V kladném smyslu byl alkohol používán v medicíně jako dezinfekční prostředek, jako analgetikum i anestetikum. Nejrozsáhlejší použití má v oblasti ovlivňování lidské psychiky a zejména nálady. Záporné účinky alkoholu vyplývají z jeho návykovosti. Jeho nadměrné chronické pití způsobuje alkoholovou závislost – alkoholismus. Ta má zdravotní a rozsáhlé sociální důsledky. *„Česká republika je ve spotřebě alkoholu první v Evropě a dokonce je první i ve spotřebě alkoholu adolescentů. To je závažný společenský problém, který může mít velký dopad na zdravotní stav obyvatelstva, na jeho pracovní schopnost a také na ekonomiku státu“.* (Rokyta, 2013).

2.1. Rozsah užívání alkoholu v České republice

Dle výroční zprávy 2013 na vysoké úrovni zůstává v ČR výskyt rizikové konzumace alkoholu. Rizikové pití alkoholu se týká celkem 17,0 % populace (tj. 1,1–1,4 mil. osob). Škodlivé nebo problémové pití se pak týká 8,2 % populace (tj. 500–690 tis. osob).

Tato zpráva uvádí, že alkohol vypilo v posledním měsíci celkem 69,9 % dotázaných (78,4 % mužů a 61,5 % žen). Pití nadměrných dávek alkoholu (5 a více sklenic alkoholu při jedné příležitosti) s frekvencí alespoň jednou týdně nebo častěji uvedlo celkem 12,8 % dotázaných (21,1 % mužů a 4,9 % žen), především ve věkové skupině 35–44 let. Výskyt škodlivého nebo problémového pití je nejčastější ve věkové skupině 25–34 let.

Dle této zprávy bylo pro poruchy způsobené zneužíváním alkoholu léčeno 22 838 osob, z nich 65 % tvořili muži, ve věku 40–64 let bylo 55 % a ve věku 20–39 let 36 % osob.

Pokud jde tedy o užívání alkoholu, odhadovaný počet osob ve věku 18–64 let užívajících alkohol rizikově či škodlivě se v ČR pohybuje v intervalu od 990 tis. až 1,4 mil. (z toho 800 tis. až 1 mil. mužů a 220–320 tis. žen). Počet osob ve značném riziku závislosti nebo závislých na alkoholu se odhaduje na 50–150 tis. osob (z toho 40–135 tis. mužů a 7–10 tis. žen) (Sovinová & Csémy, 2010).

V užívání alkoholických nápojů mezi českými šestnáctiletými se situace téměř nezměnila od poloviny 90. let minulého století. U chlapců vzrostl výskyt pravidelného pití piva a destilátů, u děvčat vína a destilátů. Nadměrné dávky alkoholu (5 a více sklenic při jedné příležitosti) více než 3krát v posledním měsíci konzumovalo 21 % studentů. Pití alkoholu dospívajícími zůstává dlouhodobě závažným problémem (Csémy & Chomynová, 2012).

2.2. Názory občanů na drogy

V květnu 2013 realizovalo Centrum pro výzkum veřejného mínění (CVVM) každoroční šetření Názory občanů na drogy zaměřené především na morální přijatelnost konzumace návykových látek a subjektivní vnímání zdravotních rizik spojených s jejich konzumací. Celkem bylo v rámci výzkumu osloveno 1062 respondentů starších 15 let, jednalo

se o kvótní výběr respondentů podle pohlaví, věku, vzdělání, regionu a velikosti místa bydliště. Za nejméně rizikové chování považují respondenti konzumaci alkoholu, tabáku a konopných látek. Naopak nadpoloviční většina dotázaných hodnotí užití ostatních drog (extáze, pervitinu a heroínu) jako rizikové již při prvním užití této látky. Oproti předchozím rokům je patrný pokles přijatelnosti kouření tabáku, ale i užití konopných látek, zatímco se dále zvýšila přijatelnost konzumace alkoholu.

2.3. Názor odborníka

Na internetových stránkách www.alkohol-alkoholismus.cz je dostupný článek s Mudr. Petrem Popovem, který působí jako primář na Oddělení léčby závislostí Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Odpovídal na otázku reportérky:

Myslíte si, že jsme jako národ náchylnější k závislosti na alkohol?

„Je to součástí našich zvyků a tradic, není to nic nového, takže relativně vysoká konzumace alkoholu nás provází po celou naši novodobou historii. Problém je v tom, že máme velmi vysokou průměrnou spotřebu, takže na jedné straně sice máme lidi, kteří pijí velice málo nebo vůbec ale na straně druhé naopak lidi, kteří pijí velmi mnoho.“

Bezpochyby to přináší řadu zdravotních problémů způsobených nadměrnou konzumací alkoholu a jednou z nich může být také závislost na alkoholu. Ale i vysoká průměrná spotřeba alkoholu u osob, které ještě nevykazují známky závislosti, může způsobovat jiné zdravotní komplikace, ať už tělesné nebo duševní, což potom musíme řešit jako společnost. V praxi to představuje jednak sníženou produktivitu takových lidí a jednak značné náklady na jejich léčbu a péči o ně.“ (Popov, 2011)

V této kapitole zmiňuji ve zkratce o účincích alkoholu, o typech, vzniku a vývoji závislosti a nakonec rozdělení o typech uživatele alkoholu.

2.4. Typy závislosti na alkoholu

„Hlavním rizikem nadměrného užívání alkoholu je rozvoj tělesné i psychické závislosti“ (Minařík, 2008). Už od roku 1940 je platná klasická Jellinekova typologie, která rozděluje závislost na alkoholu do pěti typů:

- 1) **Typ alfa** – problémové pití. V tomto případě jedinci užívají alkohol jako „sebemedikaci“, která jim napomáhá k odstranění úzkosti, deprese, tenze či dysforie. Typickým znakem bývá pití o samotě.
- 2) **Typ beta** – příležitostný abúzus. Ten je charakterizovaný sociokulturně, časté pití ve společnosti a následkem bývá somatické poškození
- 3) **Typ gama** – „anglosaský typ“ s preferencí piva a destilátů. Charakteristické jsou poruchy v kontrole pití, nárůst tolerance vůči alkoholu, somatická a psychická poškození, výrazněji nápadnější psychická závislost.

4) **Typ delta** – „románský typ“ s preferencí vína. Jedná se o denní konzumaci (udržování „hladinky“ bez výraznějších projevů opilosti či ztráty kontroly), výraznější projevy somatické závislosti a poškození. 5) **Typ ypsilon** – epizodický abus s obdobími delší až úplné abstinence („kvartální pijáctví“). V některých případech provázející afektivní poruchy. Nízký výskyt tohoto typu (Minařík, 2008).

2.5. Vznik a vývoj závislosti na alkoholu

„Člověk se alkoholikem nerodí, člověk se alkoholikem stává“. Požívání alkoholických nápojů je jednak doplňkem jídla, nadále doprovází nejrůznější společenské zvyklosti a setkání a konzumenti si uvědomují jeho účinky na jejich nervový systém, zejména na psychickou činnost člověka (Skála, 1977).

Vznik závislosti na alkoholu popisuje Popov (2003) jako „dispozičně-expoziční model“. Což znamená, že čím více se uplatňují faktory dispoziční, tím menší podíl expozice je nutný a naopak. Mezi dispoziční faktory patří biologické, včetně genetické dispozice, osobnostní výbava, zdravotní stav, komorbidita a jiné. Expozicí je míněna dostupnost alkoholu, míra konzumace – množství, frekvence, kvalita, koncentrace alkoholických nápojů. U vzniku závislosti jde však o komplexní působení řady faktorů, jak biologických, tak psychosociálních.

Přechod od škodlivého užívání k závislosti na alkoholu je většinou nenápadný. Typické jsou postupné změny – postupné zvyšování tolerance vůči alkoholu, postupná ztráta kontroly užívání, postupné zanedbávání jiných potěšení a zájmů. Zároveň se mění myšlení a chování, které mohou dospět až k osobnostním změnám. Tyto změny myšlení a z nich vyplývající chování se nazývají „alkoholické obrany“, díky kterým alkoholik zpočátku zakrývá a později vysvětluje a obhájí své pití (Popov, 2003).

Jedním z příznaků rozvinuté závislosti je výrazná změna tolerance vůči alkoholu. Charakteristické je počáteční zvyšování tolerance, kdy je osoba schopna denně konzumovat značné množství alkoholu. Postupně ale dochází k výraznému snížení schopnosti rychle a účinně alkohol metabolizovat, tedy ke snížení tolerance. Vypití i malého množství alkoholu pak rychle vyvolá těžké příznaky opilosti. (Což může být nápadné v porovnání s množstvím konzumovaným v minulosti.) Dalším příznakem jsou „ranní doušky“ jako projev potřeby odstranit symptomy nastupujícího odvykacího stavu doplněním hladiny alkoholu. Dalším příznakem jsou alkoholická „okénka“, poruchy paměti, při kterých si opilý nepamatuje, co během intoxikace dělal (Popov, 2003).

Jellinek rozdělil vývoj závislosti do čtyř stádií:

1. počáteční (symptomatické).

Toto období je charakteristické tím, že člověk, který se občas napije se nijak neliší od svého okolí a společenských norem, ale ať už vědomě či nevědomě pije kvůli psychotropním účinkům alkoholu, protože pod jeho vlivem se cítí lépe. Vlivem alkoholu dokáže zvládnout situace, které jsou pro něj bolestné či neřešitelné. Člověk pak využívá účinku alkoholu častěji, neboť alkohol se mu osvědčuje jako „řešení problému“. To vede pak k rozvoji adaptačních

mechanismů a nárůstu tolerance a zvyšování dávky k „vyřešení problému“. V tomto stádiu budoucí pacienti pijí proto, že neumí jinak řešit své problémy - např.: nespokojenost v práci, neshody v partnerských vztazích.

2. varovné (*prodromální*).

Stádium je vyznačováno zvyšováním dávek k vyvolání příjemného pocitu. K dosažení své „hladinky“, aby se cítil dobře, vyhledává příležitosti k pití. K dosažení této hladiny pak jedinec začíná pít rychleji než okolí. Je to období, kdy jedinci pijí potajmu, protože si uvědomují, že jejich pití může být nápadné a začíná se za své chování stydět. Okolí tedy nemusí nic pozorovat a jedinec se díky psychickému vypětí může i po menší dávce alkoholu dostat do „okénka“ (palimpsestu), kdy si nepamatuje průběh intoxikace. První a druhé stádium závislosti se řadí do předchorobí, to znamená, že se nejedná o chorobu v pravém smyslu slova.

3. rozhodné (*krucální*).

V tomto stádiu dál roste tolerance. Jedinec snese vysoké dávky alkoholu, aniž by bylo vidět, že je opilý. To však dojde do fáze, kdy hladina, kterou člověk vnímá jako příjemnou, je srovnatelná s hladinou opilosti. To se projevuje tak, že jedinec dlouhou dobu působí se chce napít s přáním se neopít, to však je již nemožné. Mluví se o jevu, který se nazývá změna kontrola pití. Je to stav, kdy se již po malé dávce alkoholu odstartují v těle psychické procesy a rozjíždí se kaskáda dalšího pití, končící opilostí. Rostou pocity viny, začíná se měnit osobnostní struktura jedince, projevují se negativní stránky. Jedinec se uzavírá do svého vnitřního světa, roste vztahovačnost. Celé toto období ovládá člověka pocit: „přece nejsem takový slaboch, abych nedokázal pít s mírou“. Snaží se neopít, ale nikoliv nenapít. Začíná období, kdy se již objevují zdravotní poruchy.

4. konečné (*terminální*)

Charakteristickým znakem čtvrtého stádia je nepříjemný stav po vystřízlivění. Tento stav člověk léčí další dávkou alkoholu - tzv. ranními doušky. Organismus je vyčerpaný a poškozená játra způsobují pokles tolerance, to znamená, že jedinec se opije menší dávkou alkoholu než dříve. Objevují se orgánová poškození, včetně duševních poruch. Nastupuje degradace osobnosti. Jediným požadavkem člověka na život je získání alkoholu. Jedinec upřednostňuje alkohol před nejzákladnějšími životními hodnotami. (péče o děti, péče o sebe, profese). Vzniká chronické stádium závislosti na alkoholu. (Heller, 2013)

2.6. Rozdělení uživatelů alkoholu

Osoby konzumující alkohol můžeme rozdělit do čtyř kategorií. Požívání návykové látky může být od občasného pití až po těžkou závislost. Rozdělení do kategorií zohledňuje i to, co od alkoholu očekávají.

- **Abstinents** – Alkohol zásadně odmítá. Ve společnosti často nemají lehkou pozici, bývají zesměšňováni nebo nesprávně pochopeni. Abstinentem můžeme nazvat pouze toho konzumenta alkoholu, který nepožil alkohol podobu alespoň tří let.
- **Konzument** – Většinová společnost jsou právě konzumenti. Alkohol konzumují příležitostně ve společnosti především pro jeho chuť. Postupem času se do této skupiny řadí stále více mládeže.

- **Piják** – Alkohol je u této skupiny požíván především pro jeho euforické účinky. Důležitým faktorem pro pijáka je, aby byl pod vlivem alkoholu. Od alkoholu požaduje uvolnění duševního napětí, zapomnění a odstranění potíží.
- **Alkoholik** - Pije vše, co obsahuje alkohol. Bez alkoholu nemůže existovat, pracovat, ani se bavit. Je to nezbytná součást jeho života. Alkohol se pro něj stal drogou, kterou musí mít za každou cenu. (Skála, 1977)

Dle Pecinovské dlouhodobé nadměrné pití (ať už je příčina jakákoliv) způsobuje adaptaci buněk na trvalý přívod alkoholu a to je pak základ pro bludný kruh choroby. Ovšem i dlouhodobým pravidelným pitím si můžeme vypěstovat závislost , to však trvá déle, proto se v těchto případech závislost projeví později. To znamená, že od „nevinného" společenského pití se můžeme dostat až k chronickému alkoholismu. (Pecinovská, 2011)

3. SYSTÉM LÉČEBNÉ PÉČE

Vzhledem k mému výzkumnému cíli v této práci, kterým je zjistit, jak by lidé řešili situaci, když by jejich blízká osoba byla závislá na alkoholu a zmapovat informovanost veřejnosti o vhodných možnostech léčení se závislosti na alkoholu, zmiňuji v této kapitole typy adiktologických služeb, jaké máme v ČR.

Martina Richterová Těmínová (2008) píše, že v současné době je v České republice vybudovaný relativně ucelený systém péče pro uživatele návykových látek. Ale vyvstává otázka, zda to platí i v případě péče o závislé na alkoholu?

Nešpor (2002) například píše, že systém léčebné péče pro závislé na alkoholu má bohužel daleko k dokonalosti. A to hlavně v případě ambulantních zařízení pro závislé na alkoholu. V mnoha z nich pracují lékaři jen na částečný úvazek a tím je pak omezená schopnost poskytnout klientům intenzivní ambulantní léčbu, která by měla obsahovat 3 nebo více léčebných aktivit týdně. Další problém se týká rezidenčních zařízení pro závislé. Ty jsou kapacitně omezeny a mají relativně dlouhé čekací doby Nešpor (2002).

3.1. Názor odborníka

Například Mudr. Petr Popov na internetových stránkách www.alkohol.alkoholismus.cz odpovídá na otázku reportérce:

Jaké jsou v České republice podmínky pro léčbu závislosti?

„Co se týče ambulantní péče o osoby závislé na alkoholu, tak jsou podmínky naprosto tristní. Většina těchto lidí, kteří by se mohli účinně léčit ambulantní formou, pokračuje v závislosti, která dojde až do extrémnějších poloh a nakonec skončí v lepším případě v psychiatrické léčebně se specializovaným programem, v horším pak pouze v léčebně bez programů zaměřených na závislost na alkoholu.

Následuje známý princip otáčecích dveří, kdy pacient odejde z léčebny a za krátkou dobu se tam vrací, a to i několikrát. Setkal jsem se dokonce i s desítkami pobytů u jednoho pacienta. Nákladovost takové léčby je značná, efektivita ale minimální".(Popov, 2011)

3.2. Efektivní systém péče

Efektivní síť léčebné péče by měla splňovat určitá kritéria. Jednak v oblasti kvalitativní, která zahrnuje strukturu a provázanost sítě. A dále pak v oblasti kvantitativní, tím je míněn rozsah a dostupnost péče. Do kritérií v oblasti kvalitativní patří komplexnost, provázanost a efektivita systému péče. V oblasti kvantitativních kritérií jsou dvě základní kritéria, a to rozsah a dostupnost systému péče (Bém, 2003).

3.2.1. Dostupnost adiktologické péče

Dostupnost specializované péče pro klienty bývá prohlašována za základní princip funkční sítě veřejných služeb. V oboru adiktologie je dostupnost péče považována za základní požadavek na síť specializovaných služeb.

Čtyři základní kritéria dostupnosti podle O'Donnella(2007) jsou: *existence služby* , *geografická přístupnost* , *finanční dosažitelnost* a *dostupnost ve společenském a kulturním kontextu* . Síť služeb můžeme analyzovat i z hlediska dalších dimenzí. Příkladem může být „psychosociální dostupnost“, která je podmíněna motivací pacienta/klienta vyhledat odborné služby a nebo „dostupnost odborně zdravotnická“. Můžeme se setkat i s pojmem "organizační dostupnost", která si všímá provázanosti a návaznosti různých druhů zdravotní (adiktologické) péče (např. organizace přeposílání klientů do navazujících služeb, specializovaných center, síťování služeb, case- management). Bariéry v dostupnosti adiktologických služeb mohou pramenit jednak ze strany poptávky – klientů služeb, tak i ze strany nabídky – od poskytovatelů služeb (Ensor & Cooper, 2004; O'Donnell, 2007).

3.3. Typy adiktologických služeb

Typy adiktologických služeb v § 20 Zákona č. 379/2005 Sb. jsou definovány následovně:

- akutní lůžková péče , již je diagnostická a léčebná péče poskytovaná pacientům, kteří se požitím alkoholu nebo jiných návykových látek uvedli do stavu, v němž jsou bezprostředně ohroženi na zdraví, případně ohrožují sebe nebo své okolí ,
- detoxifikace , kterou je léčebná péče poskytovaná ambulantními a ústavními zdravotnickými zařízeními při předcházení abstinenčnímu syndromu,
- terénní programy , kterými jsou programy sociálních služeb a zdravotní osvěty pro problémové uživatele jiných návykových látek a osoby na nich závislé,
- kontaktní a poradenské služby ,
- ambulantní léčba závislostí na tabákových výrobcích, alkoholu a jiných návykových látkách,
- stacionární programy , které poskytují nelůžkovou denní léčbu problémovým uživatelům a závislým na alkoholu a jiných návykových látkách, jejichž stav vyžaduje pravidelnou péči bez nutnosti vyčlenit je z jejich prostředí,
- krátkodobá a střednědobá ústavní péče , kterou je léčba problémových uživatelů a závislých na alkoholu a jiných návykových látkách ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče v obvyklém rozsahu 5–14 týdnů,
- rezidenční péče v terapeutických komunitách , kterou je program léčby a resocializace ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče a v nezdravotnických zařízeních v obvyklém rozsahu 6– 15 měsíců,

- programy následné péče , které zajišťují zdravotnická zařízení a jiná zařízení; obsahují soubor služeb, které následují po ukončení základní léčby a pomáhají vytvářet podmínky pro udržení abstinence,
- substituční léčba , kterou je krátkodobá nebo dlouhodobá léčba závislosti na návykových látkách, jež spočívá v podávání nebo předepisování látek nahrazujících původní návykovou látku, je prováděna ve zdravotnických zařízeních ambulantní péče pod vedením lékaře.

4. SVÉPOMOCNÉ SKUPINY

Tuto kapitulu zde zahrnuji na základě rozhovorů s dotazovanými na straně 46 a 47, kteří vyjádřili smysl ve svépomocných skupinách, proto se v této části věnuji vysvětlením slova svépomoci a co je obsahem a náplní těchto programů.

„Jiný jejich rozumný zvyk je tento: Protože nemají lékaře, vynášejí nemocné na náměstí. Tam přistupují k nemocnému lidé, a jestliže někdo sám trpěl chorobou, jakou má nemocný, anebo viděl takovou chorobu u jiného člověka, dává mu rady týkající se jeho nemoci. Takto mu přicházející lidé radí a doporučují, aby dělal to, co dělali oni sami, když se léčili z podobné choroby, anebo viděli jiného, jak se z ní vyléčil“.

Herodotos: Popis krajiny a zvyky Babyloňanů .

4.1. Svépomoc

Myšlenka svépomoci je uvědomění si spontánní reakce, ale i zvířete. V případě pocitu ohrožení se člověk spontánně sdružuje a nebezpečí ve skupině se snadněji snáší. Pomáhání druhému ve formě sobě samému je výsledkem uvědomělé činnosti. V současné době je u nás vytvořen prostor ke sdružování lidí, které ohrožuje společné nebezpečí. Vzniká tak prostor pro vlastní aktivitu a především zodpovědnost lidí. (Pecinovská, 2011).

4.2. Svépomocné programy

Dle Kaliny a Vobořila tímto termínem označujeme řadu různých aktivit. Ve vyspělých zemích je to jeden z nejběžnějších způsobů intervence u osob, které se ocitnou v nejrůznějších psychologicky těžkých životních situacích, s podobným příběhem, se stejným osudem. V oboru problémů závislostí je tento způsob intervence považován za jeden z nejúčinnějších nástrojů. (Kalina, Vobořil, 2003)

4.3. Svépomocné skupiny

Pro odlišení svépomocných skupin od jiných zájmových skupin mluvíme o stavu bezmoci, který je pro tyto skupiny často výchozím bodem, svou činností chtějí svépomocné skupiny tento stav překonat (Bútora 1991).

Teoretické charakteristiky skupin zformulovala Killieová (1976) do 7 následujících bodů:

1. Společná zkušenost členů kdo péči poskytuje, trpí stejným neduhem, jako její příjemce.
2. Vzájemná pomoc a podpora – skupina se pravidelně setkává, členové projevují o sebe zájem, poskytují si navzájem pomoc a podporu.
3. Uplatňování tzv. „principu pomáhajícího – na pomoci druhému vlastně nejvíc získá ten, kdo pomoc poskytuje, protože ho to posiluje a podporuje v žádoucím jednání.
4. Uplatňování teorie „přidružování se“ (k novému chování) prostřednictvím „odlišování se“ (od původního chování), posilováním nového vnímání toho, co se považuje za normální, se člen skupiny vzdaluje a postupně vzdává své předchozí negativní identity.

5. Kolektivní vůle, energie a víra – každá osoba si své pocity a postoje ověřuje u ostatních členů skupiny.

6. Význam informací - zvýšené faktografické, věcné, racionální pochopení problematiky, poskytování potřebných informací a instrukcí umožňuje se lépe vyrovnat s problémem.

7. Konstruktivní jednání ve vztahu ke sdíleným cílům. Skupiny jsou orientovány na jednání – jejich členové se učí prostřednictvím činností a podobně se tak mění i prostřednictvím jednání. (Pecinovská, 2011)

4.4. Historie vzniku svépomocných skupin

První svépomocná organizace pro lidi, kteří mají problém s alkoholem a chtějí je překonat, vznikla v roce 1935 v USA a působí v mnoha zemích světa. Svépomocné skupiny se datují od vzniku organizace Anonymních alkoholiků tzv. „AA“. (AA, 1996)

4.4.1. Organizace Anonymních alkoholiků

Nejlepší definicí, která vystihuje AA je jejich preambule: *„Anonymní alkoholici je společenství žen a mužů, kteří spolu sdílejí své zkušenosti, sílu a naději, že dovedou vyřešit svůj společný problém a pomoci ostatním k uzdravení z alkoholismu. Jediným požadavkem pro členství v AA je touha přestat pít. Nemáme žádné povinné poplatky ani vstupné, jsme soběstační díky vlastním dobrovolným příspěvkům. Anonymní alkoholici nejsou spojeni s žádnou sektou, církví, politickou organizací či jakoukoliv jinou institucí. Nepřejí si zaplést se do jakékoli rozepře, neodporují, ale ani nepodporují žádné vnější programy. Naším prvotním účelem je zůstat střízliví a pomáhat ostatním alkoholikům střízlivosti dosahovat.“* (AA, 1996)

Nešpor (2011) píše: *„program 12 kroků se uplatňuje při léčbě asi stovky problémů a chorob. To má i jisté praktické výhody, např. závislí na nealkoholových drogách nebo patologičtí hráči se mohou podle potřeby účastnit i setkání Anonymních alkoholiků“.*

5. VÍRA V BOHA

V této teoretické části se zabývám vysvětlením pojmů jako je víra, Bůh, bible a modlitba, neboť v praktické části pár respondentů uvedlo víru v Boha jako cestu ze všech starostí a řešení všech problémů.

Viz rozhovor Marie a Jaroslava na straně 44 a 45.

5.1. Víra

Základním pojmem křesťanství je slovo věřit. Ale co to znamená „věřit“?

Když například ve vlaku řekne jeden cestující druhému: „*Já už nevěřím, že tam budeme včas,*“ znamená to, že nejspíše bude mít vlak zpoždění. Ovšem nelze vyloučit ani možnost tu, že vlak dojede nakonec včas.

Naopak, když někdo řekne např.: „*Já věřím, že zítra bude hezky.*“ Na základě toho, že se dá předpokládat pěkné počasí. A ráno je obloha pod mrakem, nemusí se pak člověk divit, že nesvítí sluníčko a je ošklivo.

To jsou dva příklady, jak můžeme užívat slovo „věřit“. Náš názor se opírá o určité náznaky, ale jeho pravdivost nemůžeme a třeba ani nechceme zkoumat a dokazovat.

Věřit znamená považovat věc za pravdivou, souhlasit s ní, nikoli však ji rozumově chápat. (Pesch O., 2014)

Obsahem víry v náboženství - křesťanství je tedy Bůh. Lidé, kteří jsou věřící mohou slovo „věřit“ používat absolutně. To znamená, že pro ně je samozřejmé a jasné, že víra je vírou v Boha. Této víře se žádný z nenáboženských typů „víry“ nemůže vyrovnat. Víra v člověka či láska mezi lidmi počítá s tím, že milovaná osoba existuje. Není ovšem možné o existenci Boha vědět a potom v něho věřit, teprve až víra sama nám umožňuje o něm vědět. (Pesch O., 2014)

Jedním z hlavních pilířů křesťanské víry je víra v Boha Stvořitele.

Čtyři hlavní články křesťanské víry:

- **Bůh jako stvořitel** - Bůh je počátkem i zdrojem všeho, co existuje. Dává smysl a cíl a veškeré existenci.
- **Člověk jako Boží stvoření** - Lidé jsou stvořeni „k Božímu obrazu“ a z toho vyplývá jejich nekonečná hodnota.
- **Ježíš Vykupitel** - přestože byli lidé stvořeni k Božímu obrazu, trvale selhávali a nežili podle Božích požadavků. Potřebují, aby je někdo zachránil ze situace, do které se sami dostali. Bůh tedy poslal Vykupitele - Ježíše, aby přinesl spásu.
- **Duch svatý** - Bůh jedná ve světě a zasahuje do života lidí prostřednictvím Ducha svatého, „zvláštního pomocníka“ seslaného Bohem poté, co Ježíš opustil zemi. (Winter, 2010)

5.2. Bůh

Bůh je zdrojem a původem veškeré existence. Křesťané věří, že žijeme ve stvoření, které uspořádal Stvořitel. To znamená, že nepohlížíjí na vesmír pouze se zvědavostí, otázkami a vědeckými analýzami, ale že na něj hledí s úžasem a vděčností. (Winter, 2010)

„Jistota Boha dává životu smysl. Překonává schopnost chovat se špatně a beztrestně.“
Spinoza, ETIKA (Winter, 2010)

5.3. Bible

Bibli považují věřící - křesťané za základní zdroj své věrouky. Křesťané sami často čtou Bibli i doma, ve svých rodinách. Biblické příběhy, učení, kázání, písně a vize jsou základní životodárnou mízou církve.

Proč číst Bibli

- je to jedna z nejznámějších knih, jaká byla kdy napsána
- popisuje naše hledání Boha i to, jak Bůh hledá nás
- zaznamenává Ježíšova slova a činy
- nabízí nám vizi světa, kde vládne spravedlnost a mír (Winter D.,2010)

5.4. Modlitba

Modlitba je základem věřících lidí v Boha. Sám Ježíš se modlil a modlitbě učil i své učedníky. Modlil se i ve chvíli, kdy umíral na kříži. Z knihy Skutku apoštolů víme, že první křesťané se nepřetržitě modlili a také v Pavlových listech můžeme číst mnoho modliteb.

Někdy křesťané prosili Boha, aby jim dal poznat co mají dělat. Jindy hledali ochranu. A jindy mu děkovali za to, co pro ně vykonal. K modlitbě patří všechny tyto aspekty.

Modlitba může být někdy společně sdílená s ostatními, ve větších obcích, farnostech nebo menších skupinách. Nicméně mnoho křesťanů se rovněž modlí o samotě a v určitou denní dobu si vyhradí čas na čtení Bible, modlitbu a tiché rozjímání. Tyto modlitby často zahrnují prosby, ale obvykle obsahují i ostatní základní prvky modlitby. (Winter D., 2010)

Základní prvky modlitby:

- **Pokání** - přiznání svých vin a hledání Božího odpuštění
- **Prosba** - vyjádření proseb za sebe a druhé
- **Rozjímání** - o některých aspektech Boží povahy, o jeho lásce a díle
- **Díkůvzdání** - za prokázaná milosrdenství, vyslyšené modlitby a každodenní požehnání(Winter D.,2010)

„Nikdo se neumí modlit správně, ale umí potom správně žít.“

Thomas Fuller

6. VNÍMÁNÍ DRUHÝCH LIDÍ A JEJICH POSTOJE

6.1. Společnost

V každé společnosti existují skupiny, které se odlišují od průměrných obyvatel (postižení, delikventi, psychicky nemocní, bezdomovci, drogově závislí..). Jsou to však teprve předsudky většiny neodpovídající realitě, které jsou příčinou toho, že tyto skupiny se dostávají do pozice outsiderů a stávají se okrajovou skupinou společnosti. Skupiny lidí jsou považovány za okrajové tehdy, když jejich normy neodpovídají platným normám společnosti. (H.Kern at al. 2000)

Problematika stigmatizace je v dostupné literatuře zpracována spíše v rámci jednotlivých kapitol - jako jsou postoje, předsudky, stereotypy, kategorizace. Poněvadž všechny uvedené pojmy spolu souvisí, budu je v této části práce definovat.

6.2. Postoje

Mnoho autorů se pokoušelo definovat postoje. Já uvádím definici Fishbeina a Ajzena, ty definují postoj jako: „*naučené predispozice k celkové nebo nepříznivé reakci na daný objekt, osobu či událost.*“

Jiné definice zdůrazňují, že postoje nás připravují k činnosti. Způsobují, že se chováme určitým způsobem.

Podle Fishbeina a Ajzena (1975) musíme rozlišovat mezi postoji a názory. Rozdíl spočívá především v jejich emocionální dimenzi. Dle autorů jsou názory v podstatě neutrální, to znamená, že jsou to jen výroky, o kterých si myslíme, že jsou pravdivé. A postoje jsou však už hodnotící - popisují pocity ve vztahu k určité záležitosti. Postoje bývají emočně zabarvené. (Hayesová, 2013)

Postojem můžeme rozumět připravenost jedince reagovat určitým způsobem na osoby, skupiny, situace, způsoby chování, předměty nebo názory. Postoje přejímáme od rodičů a od osob důležitých pro výchovu a později pak od členů skupiny. Přejímání postojů se děje pozorováním a osobní zkušeností s odměňováním a trestáním představitelů určitého postoje. V průběhu osamostatňování, oddělování od rodiny a začleňování do různých skupin se pak často naše vnitřní postoje mění v souvislosti se získáváním nových informací a poznáváním jiných hodnot. (H.Kern at al.200)

Nakonečný (2003) definuje postoj jako: „*hodnotící vztah zaujímaný jednotlivcem vůči okolnímu světu, jiným subjektům i sobě samému*“. Hodnocení je přitom důležitou součástí vztahu člověka ke svět.

Hodnotíme lidi, se kterými se setkáváme, situace, do kterých se dostáváme, předměty a jejich vlastnosti, hodnotíme, co je dobré či špatné, vhodné či nevhodné, všemu přiřazujeme subjektivní význam –hodnotu .

Důležitou charakteristikou postojů je, že jsou relativně stálé a naučené. Vznikají od raného dětství na podkladě individuálních zkušeností v průběhu života. Vznik a utváření postoje však také ovlivňují normy společnosti a kultury (Hayesová, 2013)

6.3. Předsudek

V odpovědích mých respondentů se velmi často objevoval postoj ve formě předsudků, proto v této části kapitoly definuji pojem předsudek a jeho projevy a příčiny. Viz rozhovory na straně 39 a 40.

Předsudek a stereotyp jsou termíny, které se objevují ve spojitosti s pojmem postoj. Autoři se obvykle shodují v tom, že jde o iracionálně založené postoje. Typickou součástí předsudků jsou prvky averze a hostility. (Novák, 2002)

Specifickou formu postoje představuje **předsudek**. Klasickým představitelem předsudku je Allport (2004), který jej definuje jako „*odmítavý až nepřátelský postoj vůči člověku, který patří do určité skupiny, jen proto, že do této skupiny patří, a má se tudíž za to, že má nežádoucí vlastnosti připisované této skupině.*“ Typickým znakem předsudku je pak odmítání názorů a důkazů, které tento postoj popírají. Jak uvádí Allport (2004): „*Při rozlišování mezi obyčejnými omyly ukvapeného soudu a předsudkem nám může pomoci toto kritérium: pokud je člověk schopen opravit ve světle nových skutečností svůj chybný úsudek, nemá předsudky.*“

Předsudek je fixovaný postoj k nějakému objektu, který se projevuje bez ohledu na invaliditu nebo povahu objektu. Člověk, který má předsudky, nezvažuje při posuzování druhých žádná jiná vysvětlení či možnosti.

T.W.Adorno a jeho kolegové (1950) jsou toho názoru, že základem lidských předsudků je určitý typ osobnosti. Díky výchově inklinují jisté typy lidí k předsudkům vůči vnějším skupinám. Jsou to lidé, jejichž rodiče prosazovali velmi tvrdou disciplínu. Ta vyvolala u dítěte silné agresivní pocity, ale zároveň neumožňovala, aby dítě tyto pocity vyjádřilo. To se pak začalo projevovat vůči jiným objektům a vůči lidem, kteří jsou nějakým způsobem společensky odlišní.

Adorno vytvořil tzv. osobnostní test, známý jako F- škála, který je určený k měření autoritářství. Tyto výzkumy ukazují, že lidé, kteří mají v tomto testu vysoké skóre, mají skutečně často silné předsudky.

Lidé se silnými předsudky svá přesvědčení často racionalizují. K tomu užívají strategie, které mají zamaskovat a dát jim zdání „rozumného“ vysvětlení situace. (Hayesová, 2013)

Předsudek můžeme charakterizovat také jako kriticky nepřezkoumaný úsudek, buď vytvořený nebo hotově přejatý. Příkladem zde je definice Allporta, která zní: „*Předsudek znamená smýšlet o ostatních špatně bez náležitého opodstatnění*“ (Allport, 2004)

6.3.1. Jak se předsudek projevuje

- **Osočování** - většina lidí, kteří mají předsudky, o nich také mluví. Mnoho lidí však ve svých nesympatiích nezajde dál
- **Vyhýbání se** - pokud je předsudek silnější, vede to člověka k tomu, aby se vyhýbal příslušníkům neoblíbené skupiny
- **Diskriminace** - v tomto případě zaujaté osoby se pokouší vyloučit všechny příslušníky určité skupiny z některých druhů zaměstnání, zbavit příležitosti ke vzdělání či zábavě a jiné
- **Fyzické napadání** - při stupňování emocí může předsudek vést k násilným nebo polonásilným činům
- **Vyhlašování** - na nejvyšším stupni násilného projevu předsudku stojí lynčování, masakry a pogromy (Allport, 2004)

6.3.2. Příčiny předsudků

6.3.2.1.Kategorizace

K lidskému myšlení patří generalizace a nepřátelství, které mají bezesporu velký vliv na vznik předsudků. Separování lidí po celém světě je běžným jevem, který má za následek utváření homogenních skupin, ve kterých můžeme nalézt lidi stejného druhu. Pro většinu z nás je daleko jednodušší scházet se s lidmi stejného společenského postavení, stejné rasy nebo stejného náboženství. Někdy ale není vyhnoutí a my musíme spolupracovat a jednat příslušníky jiných skupin. Procesu kategorizace neboli generalizace se nemůžeme vyhnout a závisí na něm náš život.

„Dá se říci, že proces kategorizace má pět důležitých charakteristických znaků:

1. Formuje velká seskupení informací, jimiž se řídíme při každodenních odhadech situace.
2. Kategorizace se přizpůsobuje seskupení, jak jen to jde.
3. Kategorie nám umožňuje rychle identifikovat příbuzný objekt.
4. Kategorie dává všemu, co do ní spadá, jistou příchut', která pak vyvolává stejné představy, stejné emoce.
5. Kategorie mohou být více či méně racionální.“ (Allport, 2004)

Člověk tedy často tíhne k předsudkům. Jde o běžný a přirozený sklon generalizovat, vytvářet si představy a kategorie, jejichž obsahem je zjednodušený svět zkušeností. Člověk si snadno vytváří iracionální kategorie. Ovšem to se nemusí zakládat na pravdě, protože se mohou skládat jen z toho, co se povídá či z emocionálních projekcí a fantazie. (Allport, 2004)

6.3.2.2.Výchova v rodině

Rozhodujícím obdobím pro člověka je předškolní věk, kdy se rozvíjí společenské postoje. Nemůžeme však říci, že je to jediné období pro formování postojů, mnohé faktory ale působí v tento čas na dítě velmi silně. A právě předsudky tu hrají také důležitou roli. Dítě totiž přejímá od své rodiny a vůbec celého okolí stereotypy, postoje, názory, gesta, atd. Výchova je tedy podstatným elementem, který dítě ovlivňuje. Některé rodiny přenášejí postoje na dítě přímo, některé spíše vytvářejí prostředí, ve kterém si dítě snadno rozvíjí předsudky samo. Toto prostředí vytváří hlavně přístup rodičů k jejich potomkům a jejich způsob chování.

Allport ve své knize uvádí, že existuje vztah mezi předsudkem dítěte a způsobem, jakým je dítě vychovááno. Předpokládá se, že větší výskyt předsudků je u dětí vychovávaných matkami, které tvrdě vykazují poslušnost, dusí dětská hnutí myslí a tvrdě vykazují kázeň. Tento styl výchovy připravuje půdu pro předsudky. Naopak opačný způsob výchovy vytváří predispozice pro toleranci. Dítě, které cítí, že je někdo chrání a miluje, ať dělá cokoli, kterému rodiče nedávají svou moc, si osvojuje základní představu rovnosti a důvěry.

Zdá se, že odmítavý, nedbalý či nedůsledný způsob výchovy vede často ke vzniku předsudků.(Allport, 2004).

6.3.2.3. Autoritativní osobnost

Jde o osobnost, která je svými rysy predisponovaná k předsudkům. Vyznačuje se komplexem příznaků autoritativních postojů. Postoje této osobnosti bývají nedemokratické. Někteří autoři mluví o autoritativní agresi. Základním laděním agrese je tedy konflikt spojený s relativně masivním pocitem ohrožení. Pro autoritativní osobnost je typická tendence, že za své chyby viní ostatní a za své nedostatky trestá okolí. (Novák, 2002)

6.3.3. Změna předsudků

Problematika předsudků je bezpochyby velmi složitá. Snaha o vytvoření společnosti, ve které by všichni lidé žili v obстоjných sociálních podmínkách, měli zaměstnání, bydlení a podobně, by jistě měla vliv na snížení předsudků.

N.Hayesová shrnuje podmínky pro změnu předsudků do pětice požadavků:

- Zúčastnění musí mít rovnoprávné postavení
- Musí být příležitost k osobnímu kontaktu
- Je nutný kontakt s nestereotypními jedinci
- Kontakt mezi skupinami musí být podporován společností
- Měla by existovat příležitost ke spolupráci (Hayesová, 2013)

6.4. Sterotypy, stereotypizace

Jedním z dalších forem postojů, jsou specifitější projevy vnímání lidí a to stereotypy. Pojem stereotyp uvedl do literatury poprvé roku 1922 W. Lippmann v díle Public Opinion. Stereotypy rozumí: „*zkratkovité představy o věcech, osobách, skupinách a institucích, přičemž tyto zkratkovité představy jsou připisovány všem jednotlivcům patřícím k dané skupině nebo třídě jevů.*“ (Novák, 2002)

Stereotypy se týkají:

- iracionálně a afektivně založeného posuzování lidí
- skupiny, ten, kdo hodnotí druhého jako příslušníka určité skupiny, nediferencuje
- slovního hodnocení. Předsudky více podněcují činnost

Stereotypy nemusí mít ovšem negativní složku. (Novák, 2002)

Další důležitý aspekt tvorby dojmů o druhých lidech je stereotypizace. To znamená klasifikace lidí podle předem daných kritérií na základě povrchních charakteristik - například jako barva pleti či sexuální orientace. Při stereotypizaci se nebere ohled na to, jaký člověk ve skutečnosti je. Jednoduše se řadí do předem daných „šuplíků.“ (Hayesová, 2013)

6.5. Stigma, stigmatizace

Téma stigmatizace a stigma se ukázalo v mé práci jako jedním z dalších forem postojů, které se vyskytovaly u mých respondentů, proto se zde zabývám vysvětlením těchto pojmů. Viz rozhovory na straně 38 a 39.

Termín stigma a jeho synonyma skrývají dvojí hledisko. Předpokládá stigmatizovaný, že je pro jinakost již známá nebo jasná na první pohled, anebo předpokládá, že přítomným není ani známa, ani ji nemohou okamžitě registrovat.

Dle Goffmana existují tři naprosto rozdílné stigmata. Především se jedná o **tělesnou ošklivost - různá tělesná znetvoření**. Dalším typem jsou **vady charakteru** vnímané jako slabá vůle, dominantní či nepřírozené vášně, falešná přesvědčení, nepoctivost, duševní

poruchy, zlobné návyky, alkoholismus, homosexualita, nezaměstnanost či sebevražedné pokusy. Posledním typem pak jsou **kmenová stigmata rasy, národa a náboženství**. Ve všech těchto různých příkladech stigmat najdeme stejné sociologické rysy. To znamená, že jedinec, který je nositelem charakteristického rysu a který by mohl být v běžném společenském styku přijat zcela snadno. Může nastat situace, že lidé, kteří se s ním setkají, se od něj odvrátí.

V běžném hovoru používáme konkrétní „stigmatizující“ výrazy jako mrzák, bastard a imbecil jako metafory a symboly, aniž se obvykle zamýšlíme nad jejich původním významem. Máme sklon připisovat dané osobě celou řadu nedokonalostí na základě jedné původní.

Stigmatizací rozumí Goffman apriorní negativní hodnocení člověka, většinou generalizované na jeho celou osobnost. (Goffman, 2013)

6.6. Fámy

Jedním z dalších sdělovacích prostředků, ve kterém se mísí prvky stereotypů, pomluv, názorů, postojů, dezinformace, obavy a jiné, jsou **fámy**.

Allport a Postman považují tento jev za „*sdělení, jež se týká aktuálních událostí, je překládáno k věření, šíří se od osoby k osobě, a to zpravidla ústně.*“ Bývá to informace neověřená, atraktivní, vyvolávající strach či radost. Svým způsobem jde o určitou samoobsluhu při vysvětlování událostí, které jsou důležité a nepříliš jasné. Šíří se od úst k ústům a nabízí určitou formu uvolnění. (Novák, 2002)

Fámy vycházejí mnohdy ze šprochu, z nedorozumění, z nepřesné či nedokonalé interpretované informace.(Novák, 2002)

6.7. Přesvědčení

Přesvědčení patří také k dalším formám postojů. Na základě vlastního úsudku nebo jiných důvodů považujeme něco za pravdivé nebo správné. Přesvědčení může být subjektivní jako víra či objektivní - vědění. (Novák, 2002)

7. RODINA A ALKOHOL

V této části mé teoretické práce pracuji s pojmy jako je rodina a alkohol, kodependence a dopady alkoholu v rodině. Tuto kapitulu zde zahrnuji, neboť několik mých respondentů uvedli soužití s člověkem, který byl závislý na alkoholu. Viz rozhovory na straně 41 a 42.

Alkohol není spojen pouze s daným jedincem, který je na něm závislý, ale s celým rodinným systémem a partnerským vztahem. Alkohol nepřemáhá totiž pouze závislého, ale všechno a všechny kolem něho. Nemocí netrpí pouze dotčený, ale celá rodina – životní partner alkoholika, který se snaží hledat řešení. (Ühlinger & Tschui, 2009).

Závislost nepochybně destruuje celý rodinný systém a jeho jednotlivé členy rodiny. To znamená, že závislost jednoho člena rodiny na alkoholu se dotýká všech členů rodiny. Dochází k onemocnění rodiny a vzrůstá v rodině počet negativních jevů. (Heller, 2011)

To, potvrzuje i Mudr. Nešpor: „*Sdílet společnou domácnost s člověkem, který problémově pije, je náročné. Hodně povinností, které by si za normálních okolností partneři rozdělili, přechází krátkodobě nebo i dlouhodobě a často nepředvídatelně na nepijícího partnera, děti, nebo další členy rodiny. Pití vnáší do života rodiny nestabilitu a zmatky.*“ (Nešpor, 2006)

7.1. Dopady alkoholu v rodině

V rodinném systému se alkoholismus ve většině případů negativně projevuje v následujících oblastech:

a) **Role v rodině** – alkoholik často nenaplnuje svoji roli v rodině, tzn. neplní roli živitele rodiny, podílí se pouze částečně nebo vůbec na péči o děti, na jejich výchově, neúčastní se domácích prací ani rekreačních aktivit. Tyto funkce buď přecházejí na druhého rodiče, který je tak přetížen, že se to projevuje i na výkonu jeho rolí, anebo část rolí přejímají děti. Kromě péče o domácnost mohou být zatíženy i emocionální zodpovědností za rodinu.

b) **Běžné práce** – chování alkoholika svou nepředvídatelností poškozuje schopnost rodiny činnosti plánovat, či dodržovat zaběhnutý způsob rodinného života. To vede k nejistotě, úzkosti a sociální izolaci zbytku rodiny.

c) **Rituály** – rodinné svátky, jejichž smyslem je oslava v rodinném kruhu, bývají narušeny. Buď nepřítomností, ale často i přítomností alkoholika.

d) **Společenský život** – alkoholismus narušuje jak činnosti v rámci rodiny, tak vztah rodiny k vnějšímu světu. Činnosti rodiny jsou omezeny, rodina se obává možných problémů, které by mohl alkoholik svým nepředvídatelným chováním způsobit, proto se raději neúčastní společenských aktivit. Alkoholikovo chování je členy rodiny pokládáno za trapné a zahanbující, rodina má tendenci problém před ostatními tajit. Výsledkem bývá stále větší sociální izolace rodiny. Snaha o vysvětlení některých událostí nutí členy rodiny lhát, aby uchránili alkoholika nebo sebe, což ve výsledku spíše pomáhá problém udržovat. Komunikace může být narušena, jak tím, co bylo vysloveno, tak i tím nevysloveným.

Postupem času a s narůstajícími problémy se naopak jediným tématem stává pouze tento problém (Csémy, Nešpor, Sovinová 2001)

7.2. Fáze chování rodiny k alkoholismu

Obdobně jako lze alkoholismus rozdělit na určitá stádia, lze rozčlenit i chování rodiny k alkoholismu do určitých fází:

1. Popření

– v této fázi celá rodina popírá, že by se vyskytoval nějaký problém.

2. Řešení problémů vlastními silami

– manžel/ka-nealkoholik se snaží zachovat alespoň zdání normálně fungující rodiny, omlouvá manžela v práci, před dětmi, známými... Snaží se přimět alkoholika k léčbě, vyhrožuje odchodem, neustále mu domlouvá.

3. Izolace od společnosti

– rodina je již ve velkém rozvratu, aby „své tajemství“ ochránila, izoluje se od společnosti.

4. Distancování se od závislého člena rodiny

– rodina se vrací zpátky do společnosti, tentokrát bez svého závislého člena.

5. Řešení problému za pomoci zvenčí

– pokud problém i nadále trvá, hledá rodina řešení problémů ve vnějších zdrojích, tj. u jednotlivce mimo rodinu nebo u instituce.

6. Obnovení rovnováhy

– díky pomoci zvenčí se daří navrátit rovnováhu zdravé části rodiny. Pokud se závislý rozhodl léčit a pokud manžel/ka souhlasí, je možné v této fázi obnovit rovnováhu i se závislým členem rodiny (Skála, 1977)

7.3. Kodependence

Je to označení pro souhrn motivů, postojů, komunikace a chování, kterým rodina nebo partner závislost spíše podporují, rozvíjejí anebo naopak sabotují či zlehčují snahu o vyléčení. Tento model spoluzávislosti vychází z toho, že partner či rodina závislé chování umožňují. Jedná se například o popírání zjevných problémů, neschopnost udržet určitá pravidla a hranice, obviňování místo hledání řešení, odkládání řešení, bagatelizace obtíží nebo potřeby léčby, tendence věřit iluzím apod. (Kalina, 2018).

Partner alkoholika, který snáší následky závislosti, se stává spoluzávislým. „*Za spoluzávislého bývá označován člověk, který se neustále přizpůsobuje obtížné situaci, již zavinil ten druhý, ale on sám je přitom nemůže ovlivnit*“ (Ühlinger & Tschui, 2009)

Největší službou, kterou může spoluzávislý poskytnout nejen sobě, ale i závislému, je nechat závislého, ať se vypořádá se svými problémy sám. Dokud bude mít závislý někoho vedle sebe, kdo za něj přebírá odpovědnost, neuvědomí si nikdy plně závažnost své situace. Chyby, kterým by se mělo okolí alkoholika vyvarovat, lze shrnout do těchto bodů:

a) **Vyčítání – alkoholismus je nemoc.** Stejně jako nikoho nenapadne druhému vyčítat cukrovku nebo rakovinu, nemělo by docházet k vyčítání ani této nemoci.

b) **Probírat s alkoholikem jeho závislost, když není střízlivý** – je to zbytečné, může docílit akorát agresivní, potencionálně nebezpečné reakce.

c) **Říkat: Kdybys mě měl rád, s pitím bys přestal** – problém alkoholismu totiž nemá s láskou nic společného.

d) **Snažit se mít kontrolu nad jeho pitím** – akorát docílí toho, že bude pít tajně.

e) **Dát průchod hněvu** – pokud se začne okolí chovat nepřátelsky k závislému, tím spíše už mu nedokáže pomoci.

f) **Řešit jeho problémy** – v tomto případě se alkoholik cítí pod ochranou a nemá důvod ke změně.

g) **Přijímat jeho lži jen proto, aby se zabránilo případnému konfliktu** – je zapotřebí dát závislému na vědomí, že není naivně důvěřivý)

h) **Věřit jeho slibům** – je dobré dát závislému na vědomí, že stojí o činy nikoli o sliby.

i) **Dávat mu rady** – alkoholik je závislý tvor, který si myslí že je nezávislý. Na případné rady stejně nedá.

j) **Obětovat se pro závislého** – okolí není povinné smířit se s tím vším, mělo by si stanovit své hranice, které za žádných okolností nepřekročí, a hlavně má právo v první řadě myslet na svoje vlastní dobro (Uhlinger, 2009)

Nešpor také ve své knize Zůstat střízlivý (2006) popisuje, jaké vztahy se mohou objevovat v partnerstvích, kde se vyskytuje závislost.

- **„Sdílená závislost”**. Jedna z nejnebezpečnějších možností. Situace, kdy oba dva ve vztahu pijí, a tím se tak utvrzují v závislosti. Když se jeden z nich pokusí o abstinenci, ten druhý ho pak většinou stáhne zpátky k pití. Tyto vztahy končí obvykle rozchodem nebo naopak fiaskem.
- **Vztahy „něco za něco”**. Situace, kdy jeden z partnerů odpouští druhému pití a ten druhý mu za to toleruje např. nevěru nebo hrubost.
- **Sadistický a masochistický vztah.**
- **Tzv. umožňovači.** To jsou lidé, kteří to myslí dobře, ale přesto škodí. Například tím, že platí dluhy, vymýšlejí omluvy nadměrného pití. Tím však závislost jenom posilují.(Nešpor, 2006). Tento vztah je známý pod pojmem kodependence.

Spoluzávislí chtějí to nejlepší pro ty, které milují, ale už si neuvědomují, že to nejlepší, co mohou nabídnout je odmítnout a ne podporovat je na cestě k sebezničení (Al-Anon Family Groups, 1995)

7.4. Rozpad rodiny a sociální izolace

Rodina je základním zdrojem sociálních kontaktů. Často diskutovaným tématem je vliv rodiny na vznik sociálně patologických jevů. *„Rodinné trauma je jednou z*

nebolestivějších krizí, může vyústit do ekonomických obtíží a stát se primární příčinou bezdomovectví. Rozpad rodiny a sociální izolace jedince v životním stylu tzv. Singles vede k tomu, že se rozpadá přirozená sociální síť, která by měla být oporou, pokud se člověk dostane do životní krize (Marek, 2012)

8. POUŽITÉ METODY

8.1. Výzkumný cíl

Na základě výzkumného problému a výzkumných východisek je mým cílem v této práci zjistit, jak by lidé řešili situaci, když by jejich blízká osoba byla závislá na alkoholu a zároveň zmapovat informovanost veřejnosti o vhodných možnostech léčení se závislostí na alkoholu včetně svépomoci.

8.2. Výzkumné otázky

Z výše uvedeného cíle jsem si stanovila výzkumné otázky:

- Co by respondenti hypoteticky udělali, kdyby jejich blízká osoba byla závislá na alkoholu? Jaké adiktologické služby či formy léčení považují respondenti za vhodné ke zvládnutí problému s alkoholem? Jaké adiktologické služby znají?
- Jaké faktory ovlivňují rozhodnutí lidí, když by museli řešit alkoholovou závislost svého blízkého?
- V čem se liší hypotetické chování a jeho faktory u respondentů bez zkušenosti s alkoholovým problémem u blízkého člověka oproti respondentům s touto zkušeností?

8.3. Metoda sběru dat

Jako nejvhodnější metoda sběru dat se mi pro tento typ výzkumu zdála metoda rozhovoru, který obsahoval otevřené otázky.

Rozhovor představuje zprostředkovaný a vysoce interaktivní proces získávání dat, který pozorovatel při svém výzkumu potřebuje. (Ferjenčík, 2000) Díky rozhovoru můžeme získat mnoho informací, jež bychom například při pouhém pozorování nezjistili.

Na druhou stranu musíme počítat s tím, že veškeré informace, které jsou sdělené, mohou být nepřímé. To znamená, že nemusí být tedy úplně a pravdivé. A to například z toho důvodu, že dotazovaný nechce sdělit vše, co si myslí. Pravdou je, že jakákoli verbální výpověď nikdy nedokáže v úplnosti vyjádřit jedinečnost předmětu nebo skutečnosti. Je pouze nástrojem k jejímu opisu (Ferjenčík, 2000).

Problémem může být i tzv. jazykový kód, který výzkumník používá. Nemusí totiž být vždy tak srozumitelný, jak se domnívá. Další problém může být i na straně příjemce informace. Není totiž zaručeno, že kód, který vyslal autor otázky, dojde ve stejném významu i k posluchači. Záleží na individualitě, zkušenostech a názorech příjemce, jak dané věci pochopí.

Otevřená otázka dává respondentovi dost velkou volnost u odpovědi. Otázka směřuje respondenta na tázaný jev, neurčuje mu však alternativní odpovědi (Gavora, 2000).

U otevřených otázek je navíc ta výhoda, že dotazovaný se může dozvědět mnohem více nových informací, než by tomu bylo u otázek uzavřených, u kterých má odpovídající vlastně předem zadáno, jak má odpovídat. Respektive, kdy je mu nabídnuta omezená škála možných odpovědí. (Gavora, 2000)

Pro zodpovězení stanovených výzkumných otázek jsem tedy zvolila kvalitativní metodu uskutečněnou formou polostrukturovaného rozhovoru. Pro výzkum byla vytvořena základní struktura s okruhy otázek, abych získala odpověď na mé výzkumné otázky. Respondenty jsem získala namátkovým výběrem z veřejnosti. S každým respondentem jsem provedla jeden rozhovor. Délky rozhovoru se většinou pohybovaly v rozmezí 20 až 30 minut, vždy to záleželo na sdílnosti respondentů. Před zrealizováním rozhovoru jsem každého respondenta seznámila s cílem mé práce a poprosila je, zda by byli ochotni se podělit o svoje názory a postoje. Během rozhovorů jsem se snažila vytvořit přátelskou atmosféru a atmosféru důvěry, aby se zúčastnění necítily jako u výslechu a měli pocit příjemného rozhovoru.

Každému také bylo nabídnuto, že kdykoliv rozhovor mohou ukončit. Výpovědi zúčastněných jsem se rozhodla zaznamenávat pouze na papír. Měla jsem pocit, že kdybych použila diktafon, nezískala bych takovou ochotu respondentů účastnit se tohoto výzkumu a odpovídat na mé otázky. Každému respondentovi jsem nabídla prostor pro zodpovězení otázek, které by je v průběhu rozhovorů mohly napadnout.

Před začátkem samotných rozhovorů jsem s každým zúčastněným konzultovala pojem blízká osoba a závislost na alkoholu, abych zabránila případnému nedorozumění. Pro realizaci tohoto výzkumu jsem každému nechala prostor, koho si s pojmem blízká osoba spojí (manžela/ku, partnera/ku či rodinného příslušníka). Respondenty jsem ale poprosila, aby to byl pokud možno člověk, se kterým sdílejí společnou domácnost. Respektive jsem dala prostor respondentům, jak oni samotní chápou význam těchto pojmů, jelikož vzhledem k mému výzkumnému cíli není zásadní se zabývat přesným vymezením těchto pojmů.

8.4. Metoda analýzy dat

Získaná data byla zpracována metodou otevřeného kódování, kdy částem rozhovoru, větám, slovům a emočním projevů přidělujeme obecnější pojmenování. Nejprve byly rozhovory doslovně přepsány, poté byla provedena segmentace, kódování a kategorizace dat. Jednotlivým úsekům textu byly přiděleny kódy, na jejichž základě byly vytvořeny jednotlivé kategorie. Tyto kategorie obsahují jevy, které se u jednotlivých respondentů podobaly či shodovaly. Výše zmíněnou cestou jsem získala čtyři kategorie.

8.5. Výzkumný soubor

Pro tento výzkum se mi podařilo zrealizovat celkem 54 rozhovorů. Můj výběr dotazovaných směřoval k široké veřejnosti, kde jsem se chtěla zaměřit na pestrý výběr z obecné populace, abych získala názor od mladší věkové skupiny až po starší věkovou skupinu. Můj výzkumný soubor tedy obsahoval respondenty ve věkovém rozmezí 23 až 64 let. Můj soubor se skládal z 26 počtů žen a 28 mužů. Respondenty pro tento výzkum jsem vybírala namátkovým výběrem. Výzkum jsem realizovala v Praze, v Berouně a v Kladně. Zacítila jsem se na zařízení hospodského typu a dále pak na náhodné chodce v těchto lokalitách.

8.6. Etika

Každého respondenta jsem seznámila s cílem výzkumu i s podmínkami účasti v něm a to zejména anonymita a dobrovolnost. Každý zúčastněný souhlasil se svou účastí.

Pro účely této práce byly pozměněny jména zúčastněných, aby byla zachována anonymita. Před samotným rozhovorem jsem každého informovala o možnosti rozhovor ukončit, kdykoliv jim začne být nepříjemný.

Každý z respondentů byl ujištěn o zachování důvěrnosti poskytnutých dat a anonymitě. K plnohodnotné anonymitě respondentů došlo díky přidělení fiktivních jmen všem respondentům výzkumu.

9. VÝSLEDKY

Jednotlivé výpovědi jsem shrnula pod jednotlivé kategorie a podkategorie podle výzkumných otázek.

Získané kategorie:

Kategorie:	Řešení situace	Faktory pro nevyhledání pomoci	Faktory pro vyhledání léčby	Rozdíly respondentů s alkoholovou zkušeností oproti respondentům bez zkušenosti s alkoholovým problémem
Podkategorie:	žádná léčba	stigmatizace	ultimátum	
	léčba	předsudky	přemlouvání	
	rodina	zlehčování situace	vlastní zkušenost	
	víra v Boha	život s alkoholikem		
	svépomocné aktivity	síla rodiny a přátel		
		víra v Boha		
		špatná zkušenost		
		svépomoc		

9.1. Řešení situace

Jednotlivé výpovědi jsem shrnula pod jednotlivé kategorie a podkategorie podle výzkumných otázek

9.1.1. žádná léčba

Téměř více než polovina dotazovaných (35 respondentů) by o **žádných zdrojích pomoci vůbec neuvažovala**. Jedna třetina z těchto dotazovaných by nevyhledala žádnou odbornou pomoc a to z důvodu, že si myslí, že **pítí alkoholu je zcela v pořádku a nevidí v něm žádné riziko**.

„ Tak co, každýho něco trápí, tak se prostě musí někde odreagovat. No a co, že u pití...každej má něco..“ (Slávek, 57 let)

Dalších sedm respondentů zastává názor, že **člověk, který má problém s alkoholem, je sobec se kterým se nedá žít**. Zde respondenti uváděli, že **by takového člověka opustili**, a proto by ani nevyhledali žádnou pomoc.

„ V žádném případě s ním nebyla, kdybych viděla, že by můj partner měl potřebu každý den pít, tak bych od něj odešla..nevidím důvod, že bych někde hledala pomoc..chlastá? Tak ať se vzpomene a uvědomí si, že má problém a ať s tím něco dělá...(Sylva, 49 let)

Dalších čtyři respondenti by o žádné pomoci také neuvažovali a to z důvodu, že **vůči léčebnému zařízení** a vyhledání odborné pomoci mají **velmi odmítavý postoj**. Tito respondenti jsou ovlivněni názorem, že léčebny jsou vhodné akorát pro „**blázn**“. Převládá v nich pocit, že v léčebnách jsou lidé zavírány do klecí a nezažívají tam nic hezkého. Jejich názor však není odůvodněn žádnou podobnou životní zkušeností s tímto typem zařízení.

„ Ne ne, co myslíte, léčebna je tak akorát dobrá pro cvoky..prostě cvokárna...tam bych se fakt nikdy nechtěla dostat...(Jarka, 36 let)

„ Jít do blázince? Fakt, díky ne. Tam jsou samí blázni a podle toho taky tam k lidem přistupují...(Simona, 46 let)

Pro dalších pět respondentů byl velmi silný a hlavně **negativní zážitek s léčebným zařízením** a díky této zkušenosti by už určitě nevyhledali pomoc v léčebném zařízení. Respondenti zejména mluvili o špatném a necitlivém přístupu personálu.

„ Co myslíte, nikdo se s Váma nemazlí, jakmile neposlechnete je zle a jste hned v trestu...a ještě na Vás křičej, jak na psa...(Vladka, 24 let)

Další tři respondenti byli přesvědčeni, že by v takové situaci jednoznačně nevyhledali odbornou pomoc a to na základě toho, že jsou přesvědčeni o tom, že by tento **problém dokázali zvládnout svoji láskou a trpělivostí** vůči svému blízkému.

„ Proč bych se měla obracet na pomoc někoho jiného? ..Já jsem přece rodina a musím vědět sama nejlépe, jak bych měla svému blízkému nejlépe pomoci .."(Marta, 36 let)

U dalších dvou respondentů ovlivnil názor ten, že by žádnou pomoc nevyhledala na základě toho, že si **prožili zkušenost soužití s partnerem**, který se potýkal se závislostí na alkoholu a léčil se. Na základě této zkušenosti by od takového člověka **odešli a ukončili vztah**, neboť došli k názoru, že v takovém případě **není jiného řešení**.

„ Nemělo to cenu, domlouvala jsem, nadávala, vyhrožovala...jen začarovanéj kruh...k ničemu..bylo to pořád stejné, slibování, a pak zase kolotoč lhaní...(Lenka, 28 let)

Byli také dva respondenti, kteří by v takové situaci nevyhledali odbornou pomoc či léčebné zařízení a to především **díky své víře v Boha**. Jejich přesvědčení umocňoval jejich vlastní životní prožitek, kdy se nacházely v obtížné životní situaci, a záchranu našli ve víře.

„ Když byste poznali sílu Boha, tak byste pochopili o čem mluvím...Bůh prostě umí zázraky...(Marie, 55 let)

A další dva dotazovaní by taktéž už **nevyhledali žádnou odbornou pomoc** a to zejména na základě toho, že došli k názoru, že po svém pobytu v léčebně necítily žádný posun směrem dopředu.

„Absolvovala jsem Bohnice...a po pravdě, bylo to o ničem.“ (Dita, 31 let)

9.1.2. léčba

Tři respondenti uvedli, že jako jedinou cestu vidí **pobytem v léčebně**. Ke svým blízkým by zaujali postoj léčit a nebo odejdi. Respondenti by dali svým blízkým **ultimátum**.

„Na to mám jednoznačně svůj názor: Léčit se a nebo konec mezi náma..“ (Jirka, 48 let)

Dalších osm respondentů uvažovalo také o smyslu **absolvování léčby**, která může pomoci lidem, kteří mají problém s alkoholem. Respondenti by svého blízkého **přemlouvali** k nástupu do **léčebny**.

„Jsem toho názoru, že v léčebně by pomohli...rozumějí tomu a vědí, co s tím..“ (Zdeněk, 57 let)

U dalších osmi respondentů také zvítězilo přesvědčení, že **podstoupení léčby** má **smysl** a je **efektivní**. Respondenti mluvili především ze své vlastní zkušenosti, proto by dva respondenti jednoznačně doporučili **léčebnu** a zbývajících čtyři respondenti **pobyt v terapeutické komunitě** pro své nejbližší.

viz. tvrzení Davida:

*„Pil jsem několik let, nejvíce mi dal pobyt v léčebně, **dali mě tam dohromady**. Teď se držím. Takže jednoznačně bych mu **doporučil léčebnu**.“ (David, 44 let)*

9.1.3. Rodina

Pět respondentů by hledalo pomoc a oporu v rodině.

viz citace Marty: *„Vždycky, když jsem měla nějaký malér, byla to moje rodina, kdo mi pomohl.“ (Marta, 36)*

9.1.4. Víra v Boha

Dva respondenti by se obrátili na pomoc skrze Boha.

viz citace Marie: *„**Pomůže jen víra**. Obrátila bych se s prosbou na Boha, aby **pomohl a uzdravil**.“ (Marie, 55 let)*

9.1.5. svépomocné aktivity

Dva respondenti by zkusili hledat pomoc na účasti svépomocných skupin.

viz citace Dity: *„myslím, že to by mohl být ten nejlepší lék..“ (Dita, 31 let)*

Shrnutí:

Značná část (10 dotazovaných) by doslova **neudělalo „nic“** a to zejména, že **pítí alkoholu jim přijde zcela v pořádku a nevidí v něm žádné riziko, proto by nic neřešili**.

Dalších 14 respondentů by se snažili svého blízkého **přesvědčit o smysluplnosti dobrovolného** léčení. Tři respondenti by jednoznačně v této situaci zaujali ke svému blízkému **postoj ultimáta - jít se léčit nebo konec**. Naopak 9 dotazovaných by takového člověka opustili - **ukončili vztah**. U pěti respondentů zvítězilo přesvědčení, že by se pro svého blízkého snažili být oporou a vše by společně **zvládli sami**. A další 4 respondenti by takovou situaci řešili **vírou v Boha a ve vyhledání svépomocných skupin**.

Na základě výpovědí respondentů by tedy téměř **více než polovina dotazovaných** (37 respondentů) **žádnou odbornou pomoc nevyhledala**. Sedmnáct respondentů by naopak vidělo řešení ve vyhledání odborné pomoci. **Za nejvhodnější typ pomoci** třináct dotazovaných zmiňovali **ústavní léčbu**, dále pak čtyři respondenti **vyzdvíhovali terapeutické skupiny**.

9.2. Faktory pro nevyhledání pomoci

V této části práce uvádím faktory- důvody, podle kterých by lidé nevyužili služby systému léčebné péče.

9.2.1. Stigmatizace

Pro tyto respondenty bylo charakteristické to, že by **ukončili - přerušili vztah** s člověkem, který by měl problém s alkoholem. Respondenti se vyznačovali s velkým **despektem a nezájmem** vůči lidem, kteří mají problém s alkoholem. Velmi často zněla věta, „**ať se třeba upije k smrti, odešla bych od něj.**“

Objevil se i názor, že kdo **pravidelně pije**, tak už také nikdy nepřestane pít. Respondenti zmiňovali, že lidé, co se pravidelně opíjejí, jsou **problémoví a nenapravitelní** lidé. Shodovali se v tom, že to jsou lidé, kteří nemají ohledy na druhé, jsou sobečtí a bezcitní. Převládal názor, že to jsou lidé, kteří si **nezaslouží slušné jednání** a žádné ohledy. Někteří dotazovaní mluvili také o tom, že tito lidé by neměli dostat druhou šanci.

Dle jejich názorů, **zůstanou navždy problémovými**, kteří vyvolávají jen problémy. Sami respondenti neuvedli, že by měli ve svém životě podobnou zkušenost, kdy by museli řešit, co by dělali, kdyby jejich blízký byl závislý na alkoholu. Většinu dotazovaných ovlivnil **negativní zážitek s opilými lidmi**, díky němuž došli k názoru, že to jsou **lidé na okraji společnosti**, které jsou veřejnosti na obtíž. Tyto zážitky zanechaly u těchto respondentů tak **silné negativní emoce**, které je natolik ovlivňují v tom, že zaujímají **velmi negativní postoj lidem k lidem, kteří mají problém s alkoholem**. Tento postoj by dle svých slov promítali i ve svém vlastním životě vůči svému nejbližšímu. **Takového člověka by opustili** a ani by v nejmenším **neuvažovali o žádné odborné pomoci**. Na toto téma byli velmi **nekompromisní** a neuvažovali o žádné jiné alternativě. Dle jejich názoru je člověk závislý na alkoholu, pokud už člověk nedokáže plnit své běžné denní povinnosti jako je chodit do práce, ráno vstát, najíst se..

„Se podívejte, když projdete parkem, jsou tam samí ožralové a co je jejich zájem? Jenom chlast, chlast, chlast. A co je vrchol, když potom žebrají o peníze, aby měli, co chlastat!“
(Slávek, 53 let)

„Ani mi nemluvte, minule, když jsem jela autobusem, tak tam nastoupili mladí kluci a byli strašně vulgární a hnusní, co hnusní, agresivní. Kopali do všeho, nadávali všem, všichni se jich tam báli. Na takové lidi máme brát ohledy? Ani náhodou.“ (Marcela, 48 let)

*„ Jestli by můj blízký pil, tak ať se klidně **uchlastá**. Je to jeho život, jeho rozhodnutí. To musí on sám pochopit, že nemá tolik chlastat. Co já bych mu domlouval nebo říkal?“ (Karel, 32 let)*

*„Kdyby můj blízký pil?Jednoznačně **bych od něj odešla**. Žádné ale nebo kdyby neexistuje. Jestli uměl začít sám pít, tak ať si taky hezky sám přestane chlastat.“ (Markéta, 23 let)*

*„ Pokud by můj blízký měl problém s pitím, okamžitě bych **dala ruce od něj pryč**. Alkohol nesnáším. Kdo se musí každý den opíjet, je to jen sobeckej ožrala a ať si taky sám z toho vyhrabe.“ (Sylva, 49 let)*

*„ Nesnáším pít. Já sám alkohol nepiju. Takže kdyby můj blízký pil, tak s **takovým člověkem končím** a nechci s ním mít nic společného. (Martin, 65 let)*

*„ To by byl konec, protože jakmile někdo pije, tak už nikdy nepřestane pít. **Odešla bych od něj**.“ (Sára, 25 let)*

Viz teorie stigmatizace na straně 26.

9.2.2. Předsudky

Tuto skupinu dotazovaných spojoval názor v tom, že kdyby jejich blízký člověk měl problém s alkoholem, tak by v této situaci určitě **nevyhledali odbornou pomoc**. Jednoznačná odpověď byla pro ně velmi obtížná. Byli velmi ovlivněni svým postojem vůči vyhledání odborné pomoci. Při řešení takové situace těžko hledali východisko, jak by takovou situaci řešili. Většinou respondenti mluvili o tom, že by se snažili dotyčnému domluvit a přemluvit, ať přestane pít a že konečné rozhodnutí by stejně bylo na tom dotyčném, kterého se to týká. Hovořili o tom, že **vyhledání odborné pomoci či pobyt v léčebně je pro ně nepřijatelné**. **Prostředí léčebny** vnímají jako **neosobní a chladné místo**. Popisují toto prostředí jako místo, kde lidi dávají do kazajky a zavírají je do klece. Převládal názor, že **léčebna je jako vězení**, a proto by svého blízkého do léčebny nikdy neposlali.

„ Léčebna by bylo to poslední, kam bych svého blízkého poslala. Kdybych tam byla, utekla bych, je to jen vězení .“ (Jarka, 36 let)

„ Přijde mi hrozné odložit někoho do ústavu, to je jako kdybych se ho chtěla zbavit a nedělám si iluze, co tam Ti lidé musejí prožívat a jak se tak k nim chovají. “ (Simona, 26 let)

Nejvíce se tito respondenti shodovali v tom, že **vyhledání odborníka** považují jako za vyhledání „**psychouše, cvokaře**“. Vyhledání odborníka považují jako za někoho, kdo léčí **blázny a psychopaty**, kteří jsou vážně nemocní a potřebují pomoc.

Dle jejich slov je vyhledání odborné pomoci **nedůstojné**.

„Snažila bych se domluvit, rozmluvit, ať nepije. Určitě bych nikoho neposílala někam ke cvokařovi, to je pro blázny.“ (Natálie, 29 let)

*„Hm, to je fakt těžký. Nevím, asi bych se mu snažil vysvětlit, že dělá blbost, ať se vzpamatuje. Rozhodně bych to s nikým jiným neřešil a už určitě ne u někýho **psychouše**, akorát by ho zavřeli někam do ústavu jako **magora**.“ (Jirka, 49 let)*

Respondenti často nebyli schopni vysvětlit, odkud pramení jejich postoj a názor. Nikdo z nich neuvedl, že by měli nějakou osobní zkušenost s léčebným zařízením či odborníkem. U většiny z nich byl ten argument, že si to tak prostě myslí a že tomu tak určitě je. Pár respondentů uvádělo také to, že už dávno v naší společnosti funguje to, že kdo „pije“, tak se musí nechat zavřít do ústavu. V této souvislosti mluvili převážně o médiích, kde dle slov respondentů ukazují slavné osobnosti, kteří mají problém s alkoholem a dělají z nich „sociopaty“. Někteří respondenti mluvili o tom, že **zprostředkovaně slyšeli** o tom, že v **léčebnách je to hrozné a vytvořili si tak negativní postoj k léčebnám na základě tohoto tvrzení**. Zároveň nedokázali jednoznačně odpovědět, jak by tedy řešili situaci, když by zjistili, že jejich blízký má problém s alkoholem. Nejčastější odpovědí bylo to, co by v takové situaci určitě neudělali či nevyhledali. I tato skupina dotazovaných se převážně shodovala v tom, že pro ně pojem závislost přichází v úvahu, když už lidé nejsou schopni ráno vstát a jít do práce.

Viz teorie předsudků na straně 23.

9.2.3. Zlehčování situace

Tato skupina respondentů byla charakteristická tím, že kdyby se ocitli v situaci, kdy jejich blízká osoba by měla mít problém s alkoholem, tak by to **nijak neřešili**. Respondenti vůbec nepřemýšleli - **neuvažovali** nad tím, že by vůbec **existovala alkoholová závislost**. Velmi charakteristické u těchto respondentů bylo to, že si **nepřipouštěli myšlenku** toho, že by **alkohol** mohl být **spojen s nějakým negativem** a tím pádem si i připouštění problému s alkoholem. Tito respondenti jsou toho názoru, že dnešní doba je plná starostí a problémů, a tak nevidí nic špatného na tom, že **člověk někdy potřebuje odreagování ve formě alkoholu**. Sami respondenti uváděli, že to praktikují stejným způsobem, jít se odreagovat do hospody, zajít někam na panáka, aby pak mohli fungovat. Těchto pět dotazovaných jsou toho názoru, že každý se potřebuje nějak odreagovat u piva či panáku. Při zažívání stresu hledají tyto dotazovaní útočiště u alkoholu. Tento způsob odreagování jim přijde nejpřirozenější. Na otázku: „Co bys dělal, kdyby Tvůj blízký měl problém s alkoholem?“, zaznívaly tedy **časté** odpovědi jako: **Každý přece pije**, to je každého věc, doba je náročná..

„Tak co pije, tak pije, já taky občas piju, když mám nervy. To je každého věc.“ (Miroslav, 47 let)

„ A kdo by v dnešní době nepil? Člověk se potřebuje občas **odreagovat** u piva nebo u panáka." (Alice, 54 let)

„ No a co, ukažte mi **kdo nepije**? Člověk je pořád ve stresu, problémy doma nebo v práci, tak je jasné, že chce člověk přijít na jiné myšlenky a zajít na pivko. " (Martin, 38 let)

„ To je snad každého věc ne? Já se ani nedivím, doba je náročná. Každý potřebuje občas někdy vypnout. My také chodíme se ženou každý den na pár pivek. " (Slávek, 56 let)

„ Tak se podívejte, doba je zlá a náročná, tak je snad normální, že se člověk chce uklidnit u piva. " (Markéta, 52 let)

Pro těchto pět respondentů je pití alkoholu za přirozený způsob odreagování. Neshledávají na tomto způsobu odreagování nic zvláštního, považují to v naší společnosti za běžný jev, proto ani **nevidí důvod, proč by měli vyhledávat odbornou pomoc či dotyčnému nějak domlouvat, promlouvat**. Velmi častý názor byl : „ Každý pije, každý se potřebuje občas odreagovat."

„ Hm, to je těžký, prostě když je člověku na hovno, tak se prostě napije a je mu hned líp. Mluvím z vlastní zkušenosti, byl jsem několikrát na léčení a stejně jsou chvíle, kdy se musím napít. **Dělá to tak každý**." (Michal, 49 let)

„ Můj kamarád dost pije a ani se mu nedivím, má doma peklo se ženou, tak se chodí odreagovat do hospody. Je to jeho způsob **odreagování**. Tak pije, no a co." (Jirka, 54 let)

„**Pije, a co?** A ukažte mi , kdo nepije, hm? Každý se chodí **odreagovat** do hospody." (Ladislav, 59 let)

„ No jo no, nesmí se to přehánět, ale prostě jsou dny, kdy se člověk musí uklidnit a zajít na pivo, člověk prostě vypne a nic neřeší. Tak se podívejte, každý se chodí uklidnit do hospody." (Marek, 54 let)

„ A kdo z nás nepije? Já taky chodím na pivo, abych přišla na jiné myšlenky, prostě vypnout od starostí." (Vítěk, 39 let)

9.2.4. Život s alkoholikem

Velmi emotivní výpovědi dvou respondentů, kteří žili několik let s partnerem/partnerkou, který se potýkal se závislostí na alkoholu. Tuto respondentku a respondenta spojoval názor, že pokud má někdo problém s alkoholem, tak si **musí pomoci sám** a mít opravdovou snahu se změnit, ale především **od takového člověka odejít**. Společným jmenovatelem těchto dvou respondentů bylo **odpoutání se od blízkého člověka**, který by byl závislý na alkoholu. Jsou toho názoru, že s člověkem, který má potřebu pravidelně pít se nedá žít a jediným východiskem je **od takového člověka odejít**. Lidi, co potřebují pravidelně pít, jsou podle nich sobci, kteří nemyslí na druhé. Tito dotazovaní měli za sebou vlastní osobní příběh, kdy žili s osobou, která měla problém s pitím.

Respondenti barvitě mluvili o dlouhodobém soužití s partnerem/partnerkou, který se potýkal se závislostí na alkoholu. Hovořili zejména o tom, že sami sobě nalhávali, že to bude

dobré a že se jejich blízký vymaní z alkoholové závislosti. Vyprávěli o tom, že to byly roky beznaděje a bezmoci, které se střídaly s pocity naděje a víry v dobré dny.

Respondenti se rozhovořili o tom, že vše začínalo nenápadně než si sami sobě přiznali, že jejich nejbližší má vážný problém s pitím alkoholu. Nejprve to bylo občasné chození do hospody, ale jakmile viděli, že už jejich blízký má každodenní potřebu pití alkoholu doma o samotě, které většinou skončilo tím, že dotyčný se opil do nemoty, začali si říkat, že už je něco špatně. Emotivně povídali o tom, jak svého blízkého prosili, přemlouvali, vyhrožovali, ať přestane pít a jde se léčit. To vše ale většinou fungovalo jen krátký čas. Vždy, když dotyčného dokázali nasměrovat k léčení či k abstinenci, skončilo to pokaždé stejně, návratem k alkoholu. Vyzdvihovali především to, že život s alkoholikem je začarovaný kruh plný emocí - naštvaní, vztek, lítost, odpuštění a znovu vztek. Respondenti tento začarovaný kruh přerušili tím, že od dotyčné **osoby museli odejít a ukončit vztah**. Neboť toto soužití se stalo už pro tyto respondenty natolik vyčerpávající a náročné, že došli do fáze, kdy si řekli, že už **jiné východisko není**.

Tito respondenti varovali zejména před tím, že závislost by lidé neměli podceňovat, neboť mluvili o tom, že závislí jsou i ti lidé, kteří mají potřebu pití alkoholu každý den.

*„Můj přítel pil několik let, bylo to hrozné, **odešla** jsem od něj. Prostě to jinak nešlo.. Když jsem ho donutila, aby se šel léčit, tak dokázal nepít sotva pár tejdnu, a pak? Začalo to všechno znova..začal zase pít a byly jen hádky a sliby a pořád dokola.S lidmi, co se opíjí, nechci mít nic společného. Ať se **uchlastaj**. ..Nikam to nevede, musej chtít sami s tím něco udělat....Jinak nezmůžete nic a ani nikdo jinej .” (Lenka, 28 let)*

*„ V takovém případě okamžitě **pryč** od takového člověka. Lidem, co pijou, není pomoci. **Urychleně pryč**, žít s takovým člověkem se nedá a nemá to smysl. Žil jsem několik let se ženou, která byla závislá na vodce, musela ji mít každý den...Vodka se stala její nejlepší kamarádka ... A co v takovém případě dělat?**Jediná cesta je odejít**. Takový člověk je jen **sobec**, který má svůj svět. **Opustil** jsem ji, nešlo to, s takovým člověkem to prostě nemá žádnou budoucnost. ..Ten člověk Vám bude jen lhát..” (Olda, 32 let)*

Viz teorie rodina a alkohol na straně 28- 30.

9.2.5. Síla rodiny a přátel

U této skupiny dotazovaných převládá názor, že by tento **problém zvládli vyřešit sami**. Věří, že **vlastním úsilím a láskou by dotyčného změnili a pomohli, bez pomoci vyhledání odborné pomoci**. Nevidí důvod řešit osobní záležitosti s někým cizím. Respondenti zdůrazňovali, že by pro blízkého byli oporou a snažili se je motivovat k tomu, aby přestali pít. Myšlenka, že by někde mohli vyhledat nějakou odbornou pomoc pro ně byla nepřipustná. Respondenti mluvili o tom, že vyhledání jiné pomoci jim přijde neosobní, chladné a nežádoucí vůči svému blízkému, který by měl problém s alkoholem.

„Domlouvala bych mu a prosila a prosila, ať přestane pít. Odbornou pomoc bych nehledala, nevidím důvod proč bych takové věci měla řešit s někým cizím, zvládneme to sami.“(Tereza, 42let)

„ Když někoho máš fakt rád a záleží Ti na něm, tak určitě dokážeš toho člověka změnit a pomoc mu. Nevidím důvod hledat pomoc někde jinde. Kdo jiný by nejlíp pomohl než právě ten nejbližší?“ (Tonda, 25 let)

„ Věřím, že by jsme to společně zvládli překonat, nechtěla bych řešit s někým dalším. ” (Marta, 36 let)

Často respondenti uváděli to, že pokud oni sami by měli podobný problém, tak by také nechtěli, aby jejich problémy řešil někdo cizí. Kladli si sami sobě otázku, zda by vůbec se dokázali někomu cizímu svěřit a řešit problémy s někým jiným než s nejbližší rodinou. U těchto respondentů bylo vidět, že nad tímto tématem velmi přemýšleli a pečlivě si rozmýšleli, co odpovědět. Tito respondenti neměli žádnou zkušenost s vyhledáním odborné pomoci či se zkušeností alkoholové závislosti u svých nejbližších. Velmi emotivně však mluvili o tom, že vždy, **když měli nějaké starosti či problémy**, tak právě **rodina jim byla nejbližší** a byla jim **oporou**. Například jedna respondentka se rozpovídala o tom, že jeden čas ve svém životě měla hodně špatné období, přišla o dítě a byla odhodlána skoncovat se životem. Díky podpoře své vlastní rodiny toto zlé období nakonec překonala a postavila se zpátky na nohy. Respondentka vyzdvihovala především nesmírnou trpělivost a lásku rodiny.

„Vždycky, když jsem měla nějaký malér, byla to moje rodina, kdo mi pomohl. Tak právě proto si myslím, že i v tomto případě je nejlepší pomoc ta rodina a nikdo jiný.“ (Marta, 36 let)

U těchto respondentů se taktéž velmi shodně objevil názor, že o závislosti u svých blízkých by uvažovali v momentě, kdy by viděli, že není schopen zvládat své denní povinnosti.

Bylo také dva respondenti, kteří vyzdvihovali především **pomoc rodiny a nejbližších** a to zejména **díky své zkušenosti s léčebným zařízením**. Nejčastějším důvodem, proč by svého blízkého neposlali do léčebny, byl ten, že v léčebně je to o „ ničem“. Dotazovaní mluvili o tom, že **pobyt v léčebně nemá smysl a že nemají pocit, že by je to posunulo směrem dopředu**. Popisovali náplň programu dne, co museli absolvovat, jaké činnosti vykonávat, o čem povídat. Všechny tyto činnosti však víceméně dělali z nutnosti a postrádali motivaci a chuť k těmto aktivitám a celkovou účastí v léčebně. Nejvíce demotivující pro tyto respondenty bylo to, že museli spolupracovat s ostatními klienty a svěřovat se a dělit se o své starosti a trápení s lidmi, kteří pro ně byli neznámí.

Respondenti hovořili o tom, že pro ně rozhodující je, aby **měli vedle sebe rodinu**, která je **podporuje, neodsuzuje a hlavně nezavrhuje**. Jedna respondentka poskytla velmi otevřenou zповěď. Rozpovídala se a otevřeně mluvila o tom, jak se ocitla v období, kdy byla doslova „ztracená“. Umíral ji její tatínek a do toho měla velmi složitý vztah se svoji matkou, která trpěla duševní poruchou. Útěchu našla ve společnosti vodky, ta se jí stala každodenním společníkem, která jí dle slov respondentky pomáhala utišit bolest, kterou v sobě měla. Její partner a přátelé ji přemluvili k tomu, aby se šla zkusit léčit. Zkusila to, ale **nechtěla**, že by ji

pobyt v léčebně nějakým způsobem pomohl. Po návratu domů, nastala stejná situace, opět útěchu a klid nacházela ve flašce vodky. Přátelé a její zbytek rodiny se rozhodli, že ji v tom nenechají. Snažili se jí poskytnout maximální podporu a zázemí a to dle slov respondentky ji nejvíce pomohlo. Díky této své životní zkušenosti došla respondentka k názoru, že by si lidé měli svých nejbližších více všímat, povídat si o všem, věnovat se sobě navzájem, aby pak právě nedošlo k tomu, že lidé budou hledat útočiště v alkoholu.

„Nechtělo se mi tam s někým dělit o svoje trable, povídat si s někým, koho neznám. Akorát jsem se do sebe víc uzavřel a všechno to bojkotoval. Už jsem pak byl alergický na větu: Povídejte nám o tom nebo povídejte o sobě. Bylo to pořád jedno a to samé a pořád dokola a k ničemu to nebylo.“ (Ivo, 24 let)

„ V léčebně jsem se cítila snad ještě více nešťastná než doma, ne, že by tam byli na mě nějak zlí, ale prostě mi to všechno přišlo takový chladný a neosobní...Nechtělo se mi tam s nikým mluvit o svém trápení...“ (Simona, 42 let)

Tito dva respondenti se shodovali v tom, že lidé by měli dávat pozor ohledně svých nejbližších, když by u nich zpozorovali, že by každý den měli potřebu si dávat alkohol. Jakmile totiž má člověk potřebu denně si dát sklenku nějakého alkoholu, už je něco špatně a je to dle jejich slov, už pak blízko k závislosti.

„Víte, vím o čem mluvím...Místo toho, abych o svejch pocitech a trápeních mluvila, tak jsem se uzavřela jen do sebe a šáhla po alkoholu, to mi pak bylo nejlíp a nic mě netrápilo...ale pochopila jsem, že tudy ceste nevede....moji nejbližší mi otevřeli oči a pomohli mi...“ (Simona, 42 let)

9.2.6. Víra v Boha

Velmi specifická byla část dotazovaných, která se vyznačovala společnou vírou v Boha. Díky své víře jsou tito dva respondenti hluboce přesvědčeny o tom, že **jen víra v Boha dokáže lidem pomoci s alkoholovým problémem**, zbavit je závislosti na alkoholu. Tito respondenti byly hluboce přesvědčeny, že ať má člověk jakýkoliv problém, tak Bůh vždy pomůže a zachrání. Jejich víra je natolik silná, že **by nevyhledali žádnou odbornou pomoc či léčebné zařízení a obrátila se na Boha**. Velmi emotivně a shodně mluvili o tom, že **síla modlitby je všemohoucí a uzdravující**. Vyprávěly své vlastní příběhy, ve kterých pocítili, že jim **Bůh pomohl a zachránil z bezvýchodných situací**.

Jedna respondentka popisovala svůj příběh, kdy ji byla před několika lety diagnostikována rakovina. Několik let bojovala s touto zákeřnou nemocí, podstoupila ozáření, chemoterapie, ale závěr lékařů byl stejný, infaustní průběh. Až jednoho dne ze zoufalství navštívila jeden kostel, kde se seznámila s jedním farárem a to ji obrátilo život jiným směrem. Stala se z ní silně věřící žena a po půl roce pravidelných modliteb a návštěv kostel se dozvěděla, že rakovina dál nepokračuje. Tato víra v Boha u těchto respondentů je tak silná, že jsou toho názoru, že i kdyby měli řešit takovou situaci, jakou by byla závislost u blízkého, tak věří, že pomocí síly modlitby by tento problém překonali. Zároveň je spojovalo

přesvědčení, že léčebna a jiná léčba v tomto případě nepomáhá, jelikož je dle slov respondentů, Bůh všemocnější než doktoři. Sami ovšem přiznali, že nikdy takovou situaci nemuseli řešit a že ve své podstatě ani neví, jak to v léčebnách či jiných podobných službách funguje.

Další silný příběh druhého respondenta byl o tom, kdy jeho syn měl vážnou autonehodu, doktoři dávali synovi malou šanci na přežití. Respondent byl v beznadějně situaci, nevěděl kudy kam, nedokázal být oporou synovi ani manželce. To byl moment, kdy začal tuto životní situaci řešit tím, že začal chodit do hospody a odreagování nacházel ve společnosti piva. Jednoho dne však za ním přišla manželka s pláčem a prosbou, ať se vzpomene a zajde společně s ní do kostela, aby se pomodlili za syna. Poslechl. Sám respondent vypovídal o tom, že ve své podstatě ani neví, kdy přesně nastal ten zlomový okamžik, ale začal pociťovat, že modlitba začíná být účinná a začal se pravidelně modlit. Syn se pomalu zotavoval ze svých zranění a dnes je z něho zdravý a silný člověk.

*„Upřímně? Já jsem věřící a tudíž věřím, že modlitbou by se mi podařilo mého blízkého zachránit z toho zla.... Sama jsem si prošla dost krušným obdobím, byla jsem v koncích, nikomu a ničemu už jsem nevěřila, až díky víře jsem pochopila, že Bůh umí zázraky... Doktoři ani léčebna jsou k ničemu, tam Vám nepomůžou. **Pomůže jen víra.** Obrátila bych se s prosbou na Boha, aby **pomohl a uzdravil.**“ (Marie, 55 let)*

„Víra Tvá Tě uzdraví, to je vše, co bych k tomu asi tak řekl. Kolikrát jsem slyšel, že doktoři řekli, že to nemá smysl a jak to dopadlo?Když člověk má víru, lze dokázat i nemožné. Doktorům prostě nevěřím. Kdo to nezažil, tak to prostě asi nepochopí a neuvěří..Síla modlitby je mocná.“ (Jaroslav, 48 let)

Oba dva dotazovaní uvedli, že o závislosti by u svého blízkého mluvili v případě, kdyby viděli, že si nedokáže plnit své běžné denní povinnosti, chodit do práce, věnovat se rodině.

Viz teorie víra v Boha na straně 21 až 22.

9.2.7. Špatná zkušenost

Tato část respondentů byla velmi ovlivněna vlastní zkušeností s léčebným zařízením. Těchto pět respondentů by v takové situaci jednoznačně **nedoporučili léčbu v léčebném zařízení**. Kdyby museli řešit znovu takovou životní situaci, snažili by se nalézt jiné východisko. Nejčastěji dotazovaní mluvili o tom, že by se **nejspíše snažili být pro své blízké oporou a motivovat je k abstinenci**. Respondenti živě vyprávěly své zážitky a pocity při pobytu v léčebně, ať už u pozice rodinného příslušníka, kdy chodili za svým blízkým na návštěvu do léčebny či jako z pozice samotného pacienta. Barvitě líčily své pocity, které zažívali uvnitř léčebny.

Jeden z respondentů chodil za svoji maminkou do léčebny, která se léčila se závislostí na alkoholu a vyprávěl o tom, jaký cítil **nelidský přístup ze strany personálu**, jak vůči pacientům, tak i rodinným příslušníkům. Vyzdvihoval především to, že vždy když maminka měla nějaký problém či špatný psychický stav, tak to personál řešil především tím, že na maminku křičeli, ať se uklidní a píchli ji uklidňující injekci a dali na samotku.

I další respondentka mluvila o tom, jaké **negativní pocity zažívala**, když chodila navštěvovat svého syna do léčebny. Respondentka mluvila především o **aroganci sester a necitlivém přístupu**. Byla svědkem několika situací, kdy personál přistupoval k určitým pacientům velmi agresivně a zle. Nejhorší byl pro ní byl zážitek, když byla svědkem situace, kdy jedna z pacientek byla ve špatném psychickém rozpoložení a personál pacientku chytl, svázel a zavřel na osamocený pokoj.

Těchto pět respondentů by svoje nejbližší neposlala do léčebny, a to proto, že jsou přesvědčeny, že **pobyt v léčebně není nic dobrého**. Mluví ze své vlastní zkušenosti a jsou toho názoru, že **léčba je k ničemu**. Léčebnu označují za blázinec, kde jsou „divní lidé“ a kde by člověk „zcvoknul“. Pobyt v léčebně dotazovaní vnímají za „**buzeraci**“ ze strany personálu.

*„Určitě bych ji neposílal do léčebny, to je fakt **blázinec**, jsou tam samí divní lidi. Člověk by tam akorád **zcvoknul** mezi těma lidma. To je **k ničemu**. Vím, o čem mluvím, sám jsem si tím prošel.“ (Karel, 33)*

*„Moje mamka byla v léčebně, a bylo to k ničemu. Jen Vás tam **zavřou** a **buzerujou**.“ (Vladka, 24 let)*

Pro tyto respondenty byla představa pobytu v léčebně nepředstavitelná. Respondenty spojovala společná zkušenost, že se v léčebně cítili jako ve vězení. Nejvíce pro ně byl negativní zážitek a to ze strany personálu, kdy **zažívali pocity opovržení, arogance a necitlivého přístupu**. Na základě těchto zkušeností by rozhodně už tento typ léčby nevyhledávali a už vůbec nedoporučili pro své nejbližší.

Respondenti také mluvili o tom, že **vyhledání odborné pomoci** považují jako za **ponížení a odložení** pro danou osobu. Jsou toho názoru, že lidé **v léčebnách nezažívají nic pěkného** a mají k lidem ze strany personálu špatný přístup.

*„Mám maminku v léčebně a přijde mi to tam **hrozné**. Je to jako ve **vězení**.“ (Iva, 27 let)*

*„Do léčebny fakt ne, byla jsem tam a to Vám prostě nepomůže. Jste tam jak ve **vězení** a jen **musíte plnit příkazy**, jinak je zle.“ (Markéta, 29 let)*

*„Byli jste někdy v léčebně? To je prostě k **zbláznění**, **zavřou** Vás a **musíte poslouchat** jak hodinky, fakt **žádný med**....vůbec se tam s Váma neserou ...Byla jsem několikrát v léčebně a už nikdy se tam nechci dostat. Nic horšího jsem nezažila, arogance a přístup personálu? Chovají se k Vám jako k **póvlu**.“ (Marie, 46 let)*

9.2.8. Svépomoc

Tyto dva respondenty spojovalo přesvědčení, že by v takové situaci se snažili svého blízkého **přemluvit, motivovat** k tomu, aby zkusili **vyhledat společenství lidí**, kteří mají stejný problém. Zmiňovali se o anonymních alkoholících. Tuto respondentku a respondenta ovlivňuje především to, že oba dva si prošli pobytem v léčebně a potýkali se s alkoholovou závislostí. Respondenti mluvili o tom, že v léčebně necítili nějaký posun, změnu k lepšímu.

Oslovilo je však, že jedna terapeutka v léčebně se zmínila o tom, že existují svépomocné skupiny. Terapeutka jim poskytla materiály o těchto skupinách. Po přečtení těchto materiálů respondenti nabyli dojmu, že toto by mohla být nejlepší cesta, jak se dostat z alkoholové závislosti. Nejvíce je oslovilo to, že z tohoto společenství cítili velké porozumění a pochopení.

„Po přečtení těch materiálů jsem byla doslova nadšená, jak to v takových skupinách funguje...myslím, že to by mohl být ten nejlepší lék...já jsem v léčebně necejtila, že by mi to nějak pomohlo...” (Dita, 31 let)

Viz teorie svépomocné skupiny na straně 19 až 20.

9.3. Faktory pro vyhledání léčby

9.3.1. Ultimátum

Tři respondenti mělo jednoznačný postoj na otázku : „ Co bys dělal, kdyby Tvůj blízký měl problém s alkoholem? " A to, **léčit se**. U těchto dotazovaných bylo hned očividné, jaké stanovisko by vůči své blízké osobě zaujali, **bud' se jít léčit a nebo ukončit vztah**. Rodina a blízcí mají tedy možnost dotyčného dotlačit k tomu, aby se šel léčit a nebo ho vyhodit na ulici.

Jeden z těchto respondentů o této problematice velmi přemýšlel a rozhovořil se o tom, že je toho názoru, že v takovém případě by mu opravdu nic jiného nezbyvalo než to, že by své partnerce musel dát **ultimátum**, aby se **šla léčit** a nebo, že by ji **musel opustit**. Zmiňoval především to, že si myslí, že lidé, kteří mají problém s alkoholem, tak umí své nejbližší krásně obalamutit, lhát jim a namlouvat jim, že vše mají pod kontrolou a vše je v pořádku. Tito respondenti mají za to, že jen v **léčebnách** jsou **určitá pravidla a hranice**, které **lidi se závislostí na alkoholu potřebují mít a dodržovat je**. Tito dotazovaní sami však neměli zkušenost s léčebnou a ani podobnou zkušenost s blízkým, který by měl problém s alkoholem.

*„ Dal bych jí nuž na krk, **bud' se půjde léčit** a nebo ji **vyhodím z bytu**....kdybych ji měl doma, bylo by to jen o lhaní a prohloubení problémů...to prostě fakt chce léčebnu, kde ty lidi mají hranice....Když někdo potřebuje každý den pít, tak už je asi prostě něco špatné a to prostě sám člověk bez pomoci nemůže zvládnout...” (Jirka, 48 let)*

*„ Takový člověk se musí prostě **zavřít** a léčit ho. Nechtěla bych s ním mít nic společného, pokud by se nešel léčit..tam si s ním poradi....Nevěřím, že bych ho dokázala změnit a přesvědčit, aby přestal pít...” (Lenka, 32 let)*

Tito respondenti byli zároveň přesvědčeni, že by o závislosti začali uvažovat v momentě, kdyby viděli, že jejich nejbližší má potřebu konzumace alkoholu každý den. Přemýšleli o tom, že se děje něco špatného, pokud by jejich blízký musel vyhledávat každý den alkohol, místo toho, aby trávili společný čas spolu.

9.3.2. Přemlouvání

U těchto šesti respondentů se ukázalo, že jako jedinou cestu z alkoholové závislosti vidí v dobrovolném léčení. Respondenty spojovala **společná snaha, přesvědčení, prosby** a přemlouvání blízké osoby o **nutnosti podstoupit dobrovolně léčbu**. Respondenti jsou přesvědčeni, že **pokud má někdo problém s alkoholem, potřebuje odbornou pomoc**. Jsou toho názoru, že oni samotní by svému blízkému nedokázali pomoci a nedokázali je motivovat k abstinenci, proto by se je snažili přemlouvat k tomu, aby se šli léčit či podstoupili odvykací léčbu. Věří, že v **léčebně jsou kvalifikovaní pracovníci, kteří této problematice rozumí a vědí**, jak v takových situacích postupovat a **jak těmto lidem pomoci**. Respondenti zároveň uvedli, že žádnou podobnou zkušenost neměli, kdy by museli řešit závislost svého partnera.

*„Nejspíše bych se snažil dotyčnou osobu **přesvědčit** o nutnosti podstoupit protialkoholní odvykací léčbu.“ (Zdeněk, 57 let)*

*„ Jednoznačně bych se snažila ho **přemluvit**, aby se šel dobrovolně léčit, jiná možnost tady není.“ (Eva, 42 let)*

„ Tady není jiná cesta, než aby se šel dobrovolně léčit, v takovém případě pomůže jen léčebna.“ (Zuzka, 33 let)

*„ Kdyby se mi to stalo, **přesvědčoval** bych ji, aby se šla léčit. V léčebně by ji pomohli (Vláďa, 34 let)*

*„ Určitě bych se ho snažil **dokopat** k tomu, aby se šel léčit. To už je malér a jinou možnost nevidím jako reálnou než se jít léčit.“ (Jan, 64 let)*

*„ Hodně by mi záleželo na tom, aby se šel léčit. **Prosila** bych ho, aby podstoupil léčbu. Věřím tomu, že jediné léčba má smysl. “ (Tereza, 26 let)*

Byli také dvě respondentky, které uvedly, že **momentálně** prožívají velmi podobnou životní situaci, kdy jejich partneři mají problém s pitím alkoholu. Tuto situaci se snaží řešit tím, že svého partnera **neustále přemlouvají k tomu**, aby se šli léčit, ale bez efektu. Respondentky jsou přesvědčeny a **stále věří**, že se jim podaří své partnery **namotivovat** k tomu, aby **šli na léčení**. Mluvily o tom, že jen léčení by jejich partnerům mohlo pomoci, protože jejich veškeré prosby a vyhrožování, aby přestali pít jsou k ničemu.

„Můj manžel pije už několik let...bojujeme s tím pořád...je to vysilující...přemlouvám ho, vyhrožuju, aby se šel léčit...nic se neděje...pořád dokola...pořád ale doufám.“ (Blanka, 57 let)

9.3.3. Vlastní zkušenost

9.3.3.1. Léčebna

Dva dotazovaní by se snažili blízkou osobu poslat **na léčení do léčebny**. Jejich postoj vychází z toho, že ve svém životě prožili podobnou zkušenost a díky pobytu v léčebně začali dotyční „nový život“ bez alkoholu.

„ Moje mamka pila už několik let, podařilo se nám ji dostat na léčení. Daří se jí dobře, proto věřím, že jen v léčebně Vám můžou opravdu pomoci. " (Klára, 28 let)

*„ Pil jsem několik let, nejvíce mi dal pobyt v léčebně, **dali mě tam dohromady**. Ted' se držím. Takže jednoznačně bych mu **doporučil léčebnu**. (David, 44 let)*

9.3.3.2. Terapeutická komunita

Tito respondenti by jednoznačně svému blízkému, který by měl problém s alkoholem, doporučili terapeutickou komunitu. U těchto čtyř respondentů bylo cítit velké nadšení pro účast v terapeutických komunitách. Všichni čtyři dotazovaní si prošli zhruba ročním pobytem v terapeutické komunitě a spojoval je jednotný názor, že v **komunitě se cítili jako „doma“**. Vyzdvihovali především **citlivé a lidské jednání ze strany personálu**. Pobyt v komunitě je postavil na nohy a začali plnohodnotně žít a fungovat.

*„ Určitě bych mu **doporučil terapeutickou komunitu**. Já sám jsem tam byl, pač jsem taky pil a tam jsem se konečně **postavil na nohy**. Byl to jako **můj domov, lidi super a personál taky**. " (Tomáš, 24 let)*

*„ Nejvíce **pomůžou v terapeutické komunitě**, prošel jsem si vším možným a až tady jsem se dal dohromady a přestal pít. Tady se k Vám chovali jako k člověku a ne jako s někým ožralou." (Jirka, 20 let)*

*„Jsem **zastáncem terapeutických komunit**.Tady jsem zažil **dobrou atmosféru, dobrej přístup**, prostě mi tady pomohli. " (Marek, 29 let)*

„ Nejlip mi bylo v terapeutické komunitě, tam byli všichni skvělí, měli skvělej přístup . Konečně jsem začal fungovat, abstinuju už třetím rokem. " (Pavel, 28 let)

Zkušenost u těchto respondentů je vede k přesvědčení, že by si u svých blízkých měli všimnout skrytých faktorů, které by mohly pak vést k závislosti na alkoholu. Zmiňovali především změny nálad, uzavření se do sebe, neochota si povídat, vyhledání jiné společnosti...To považují tito dotazovaní za varovné příznaky, které by se měli už řešit a neignorovat je.

9.4. Rozdíly respondentů s alkoholovou zkušeností oproti respondentům bez zkušenosti s alkoholovým problémem

Dotazovaní, kteří **neměli** žádnou zkušenost s alkoholovou závislostí v rodině či s léčebným zařízením velmi silně ovlivňovaly negativní emoce a postoje ve formě **předsudků** vůči vyhledání odborné pomoci a léčebnám. Velmi negativně mluvili o tom, že vyhledání odborníka považují jako za vyhledání lékaře, který léčí blázny. Lidé často používali **pejorativní slova** a zastávali názor, že **léčebna** se dá přirovnat **vězení**, kde lidé nic nemohou.

viz citace Natálie: *„ Určitě bych nikoho neposílala někam ke **cvokařovi**, to je pro blázny."* (Natálie, 29 let)

Naopak u skupiny respondentů, kteří **měli** zkušenost s léčebným zařízením se názor odlišoval do dvou skupin. Jedna skupina, která má léčebné zařízení spojené s **negativními zážitky**, a tudíž mají k léčebně **odmítavý postoj**.

viz citace Marie: „*je prostě k zbláznění, zavřou Vás a musíte poslouchat.*“ (Marie, 46 let)

A druhá skupina, která díky své zkušenosti s léčebným zařízením došla k závěru, že léčba je **smysluplná a žádoucí**.

viz citace Davida: „*Dali mě tam dohromady*“. (David, 44 let)

Další rozdíl se ukázal u skupiny dotazovaných, které spojovalo rozhodnutí, že by v takové situaci **opustili- odešli by od svého blízkého**, který by se potýkal s alkoholovým problémem. Převážná část z této skupiny respondentů by totiž svého blízkého opustila na základě toho, že pociťují **velký despekt k lidem**, kteří mají problém s alkoholem. Tento názor však neměli ovlivněný **žádnou zkušeností s léčebným zařízením či vlastní alkoholovou zkušeností v rodině**.

viz citace Martina: *Kdyby můj blízký pil, tak s takovým člověkem končím a nechci s ním mít nic společného.* (Martin, 65 let)

Zatímco **soužití** dvou respondentů s partnery, kteří se potýkali s alkoholovou závislostí, vedlo ke konečnému rozhodnutí odejít od partnera **na základě bezvýchodné situace**.

viz citace Oldy: „*Opustil jsem ji, nešlo to, s takovým člověkem to prostě nemá žádnou budoucnost. ..Ten člověk Vám bude jen lhát.*“ (Olda, 32 let)

Rozdílnosti se také ukázali v **pojetí závislosti**, zatímco převážná část respondentů s **alkoholovou zkušeností** se shodovali v tom, že lidé by měli dávat pozor ohledně svých nejbližších, když by u nich zpozorovali, že by každý den měli potřebu si dávat alkohol. Neboť jsou toho názoru, že pokud má **člověk potřebu denně si dát sklenku nějakého alkoholu**, už je něco špatně a je to dle jejich slov, už pak blízko k závislosti.

„...*když už někdo pije každý den, tak to už je průser a měli byste něco dělat.*“ (Simona, 42 let)

Naopak u respondentů **bez alkoholové zkušenosti** se téměř shodoval názor ten, že by o závislosti uvažovali až v momentě, když by viděli, že jejich blízký nedokáže plnit své běžné denní povinnosti a chodit denně do práce.

„...*asi bych to už řešil, kdyby se každý den opíjela do němoty a druhý den nemohla fungovat.*“ (Slávek, 53 let)

Výjimku tvořili tři respondenti, kteří by naopak začali být na pozoru v případě, že by jejich blízká osoba měla potřebu alkoholu každý den.

viz citace Jirky: „...*Když někdo potřebuje každý den pít, tak už je asi prostě něco špatně.*“ (Jirka, 48 let)

10. DISKUSE A ZÁVĚRY

V této bakalářské práci byl výzkumný soubor složen z 54 respondentů, z toho 28 mužů a 26 žen. Byly zde zastoupeny všechny věkové kategorie, od mladší věkovou skupinu až po starší věkovou skupinu, aby byly obsáhnuty názory a postoje, jak mladší věkové skupiny, tak i starší věkové skupiny.

Všichni respondenti vstupovali do rozhovoru dobrovolně a ochotně, z čehož usuzuji, že se mi od nich dostávalo pravdivých informací.

Provedení výzkumného šetření nebylo tak snadné, jak jsem si na začátku myslela. Vzhledem k osobní zkušenosti u některých respondentů s touto problematikou bylo velice občas obtížné formulovat otázky, tak, aby zněly neutrálně a nebyla v nich skrytě formulována odpověď.

Dalším úskalím bylo samotné vedení rozhovorů, nechtěla jsem respondenty za každou cenu nutit do odpovědi, i když odpovídali dobrovolně a víceméně ochotně, proto jsou některé odpovědi spíše stručnější.

Nedostatkem v mém výzkumu bylo to, že se mi nepodařilo s některými respondenty provést rozhovor až dokonce a nemohla tak odpovědět na všechny mé výzkumné otázky, které jsem si stanovila. Ukončení rozhovorů bylo u třech dotazovaných, kteří rozhovor ukončili, protože se už cítili unavení.

Etické náležitosti byly po celou dobu rozhovorů zachovány. Dbala jsem na to, aby respondenti do rozhovorů vstupovali zcela dobrovolně.

Pro svůj výzkum jsem zvolila kvalitativní metodu a myslím si, že se pro tento výzkum ukázala jako nejvhodnější, protože mi to pomohlo navíc odhalit emoční stránku respondentů.

V této části práce bych se věnovala výsledkům, které vyšli z mého výzkumu.

Ve výzkumu jsem se zabývala hlavním výzkumným cílem, jak by lidé řešili situaci, když by jejich blízká osoba byla závislá na alkoholu a zároveň zmapovat informovanost veřejnosti o vhodných možnostech léčby se závislosti na alkoholu.

Podle výpovědí, které jsem pomocí rozhovorů obdržela, jsem došla k závěru, že veřejnost má velmi malé povědomí o vhodných možnostech léčby se závislosti na alkoholu. Celkem jednoznačně respondenti uváděli jako jedinou nejvhodnější možnost léčby většinou jen léčebny, velmi výjimečně uváděli jiné typy odpovědí. Jen pár dotazovaných uvedlo terapeutickou komunitu jako jednu z nejvhodnějších forem léčby se ze závislosti na alkoholu a dva respondenti zmínili svépomocné skupiny, konkrétně Anonymní alkoholiky.

Dle tohoto výzkumu to vypadá, že veřejnost si léčbu alkoholové závislosti spojuje jen s léčebnou. Napadá mě však, i kdyby veřejnost měla povědomí o všech adiktologických službách, zda - li by pak výsledky byly jiné?

V jedné z dílčích výzkumných otázek jsem se zaměřovala na to, jaké faktory ovlivňují rozhodnutí lidí, když by museli řešit alkoholovou závislost svého blízkého. Zde se ukázalo, že respondenty v mém výzkumu ovlivnilo daleko více faktorů pro nevyhledání pomoci než faktorů pro vyhledání léčby. Jako nejčastější faktory pro nevyhledání pomoci se ukázal silný vliv předsudků a stigmatizace.

Veliké překvapení pro mě bylo, že značná část dotazovaných by v takové životní situaci nevyhledala žádnou odbornou pomoc a to zejména z důvodu, že v pití alkoholu nevidí žádný problém, žádné riziko a tudíž by neuvažovali ani nad tím, že oni samotní či jejich nejbližší by se mohli potýkat s alkoholovou závislostí. Přišlo mi velmi alarmující, že tito dotazovaní považují za běžné, že hledají odreagování od stresu a starostí u pití alkoholu.

Dalším důvodem, proč by respondenti nevyhledali odbornou pomoc byl velmi odmítavý postoj k léčebnám a to zejména z důvodu, že jsou toho názoru, že léčebny jsou pro blázny. Tito respondenti však ale neměli žádnou podobnou zkušenost, aby toto mohli tvrdit. Jejich tvrzení nebylo ničím podložené, většinou argumentovali tím, že to někde slyšeli. I toto mi přišlo jako alarmující zjištění, že lidé mají sklon upřednostňovat své názory, aniž by byly založené na pravdě či vlastním prožitku. To vyvolává otázku, odkud pramení jejich postoj. Zda je to ovlivněné naší společností, kde převládá názor, že vyhledání odborné pomoci je něco degradujícího a vhodné akorát pro blázny nebo je to jen zatvrdělý názor lidí, kteří nejsou schopni o této problematice přemýšlet jiným způsobem?

Jak píše Caplan, B. (2010) ve své knize *„Místo abychom pečlivě zvažovali pravdivost všech tvrzení, máme sklon upřednostňovat své oblíbené názory.“*

Bylo však pár respondentů, kteří tento odmítavý postoj k léčebnám měli na základě své vlastní zkušenosti. Zde jsem byla zaskočena, jaké příběhy respondenti barvitě vyprávěli. Mluvili především o necitlivém přístupu personálu a arogantním chováním. Musela jsem si klást otázku, jací pracovníci tam pracující a jaké jsou na ně kladeny požadavky při nástupu do práce. Přišlo mi smutné a varující, že někteří lidé, kteří pracují v pomáhajících profesích se dovedou projevovat tímto způsobem. Svým chováním pak nevědomky mohou ještě více ublížit lidem, kteří pomoc potřebují a o to více citlivější a lidský přístup.

Další zajímavý výsledek pro mě byl, že devět respondentů by v této situaci opustili svého blízkého, který by se potýkal s alkoholovým problémem. Toto číslo mi přišlo docela vysoké z celkového počtu dotazovaných. I když je pravda, že podobný výsledek jsem očekávala. Respondenti toto rozhodnutí měli ovlivněné tím, že je pro ně nepřijatelná realita, že by jejich blízký měl mít problém s alkoholem a měli s takovým člověkem žít. Jsou zastánci toho, že tito lidé navždy zůstanou problémoví a není jim pomoci. Tento názor respondentů mi přišel hrozivý a ve své podstatě bezduchý, vůbec o této problematice nebyli schopni přemýšlet jiným způsobem. Jednoduše by lidi zařadili do škatulky „problémoví“.

To, potvrzuje i Heller, J., *„že laická veřejnost často mylně nepovažuje závislost za chorobu. Ve společnosti převládá názor, že závislý člověk si za vše může sám. Jen malé procento nemocných a jejich nejbližší dokáže správně posoudit situaci.“* (Heller, 2011)

Obávám se, že kdyby tímto způsobem uvažovali všichni lidé, tak by mnozí skončili na ulici bez přístřeší jako bezdomovci.

Další výzkumná otázka se zabývala tím, v čem se liší hypotetické chování u respondentů bez zkušenosti s alkoholovým problémem u blízkého člověka oproti respondentům s touto zkušeností. Zde se jednoznačně ukázalo, že lidé, kteří neměli žádnou zkušenost s alkoholovou závislostí v rodině či s léčebným zařízením velmi silně ovlivňovaly negativní emoce a postoje ve formě předsudků a stigmat. Další rozdíl se také ukázal v pojetí závislosti, kdy respondenti s alkoholovou zkušeností se shodovali v tom, že nebezpečné je již

každodenní užívání alkoholu. Zatímco respondenti bez alkoholové zkušenosti by nebezpečí v alkoholu viděli až v momentě neplnění běžných denních povinností.

Problematika předsudků a stigmatizace je a pravděpodobně bude stále aktuální. Jedná se o problém, který bývá často podceňován až opomíjen. Dle mého názoru je však takový přístup pro sociální vztahy a vůbec pro společnost a lidské vztahy velmi nebezpečný. Je samozřejmé, že není v našich silách předsudky a stereotypy z naší společnosti úplně odstranit. Bylo by však dobré, kdybychom byli schopni je alespoň eliminovat. Jsem toho názoru, že základem je uvědomění si jejich existence a zamyšlení se nad sebou samým. Na tomto způsobu myšlení bychom pak mohli stavět.

Na druhou stranu musím říci, že byli ale také respondenti, kteří o alkoholové problematice přemýšleli. Jsou toho názoru, že by odbornou pomoc vyhledalo, jelikož jsou přesvědčeni, že jen léčba by pomohla.

Domnívám se totiž, že podstatné je to, jaký vlastně lidé a celá společnost mají přístup k lidem, kteří mají problém s alkoholem a jak na tuto problematiku nahlíží. Pokud budeme na lidi, kteří mají problém s pitím, nahlížet jako na lidi bez charakteru, pak si myslím, že tudy cesta nevede. A dle mého názoru lidé, kteří mají negativní postoj k těmto lidem, pak nemají ani tendenci vyhledávat pomoc adiktologických služeb.

Závěrem bych si dovolila doporučit všem přečíst knížku od Josefa Formánka, Úsměvy smutných mužů. Je to svým způsobem drsný, syrový a upřímný deník z protialkoholní léčebny, který obsahuje místy úsměvné, místy drsné zápisky. V knize se nikdo neodsuzuje a ani neuráží. Je to napsané tak, abychom si sami vytvořili vlastní názor. Troufám si říci, že je to smysluplná kniha, která by mohla pomoci otevřít oči, ať už tomu, kdo bojuje s alkoholem či lidem, kteří na lidi bojující s alkoholem, koukají s despektem. Je to kniha, který svým obsahem umožňuje podívat se na problém z druhé strany. Mohlo by to veřejnost ovlivnit v tom, že by pak pro ně nebylo tak jednoduché hodnotit nebo snad opovrhovat někým, kdo podlehl a své problémy začal „řešit“ alkoholem.

Tato výzkumná práce by mohla pro příště pracovat s tématem předsudků do větší hloubky. Výsledky by pak mohly být úplně rozdílné a různorodé.

Na základě zjištěných výsledků si myslím, že by byla potřeba, aby se o závislosti na alkoholu mluvilo daleko více směrem k laické veřejnosti. Lidé by měli mít v povědomí, co závislost na alkoholu obnáší a ne lidi odsuzovat a otáčet se k nim zády.

Zde si troufám uvést citát od Kanta: „*Jednej tak, jak chceš, aby se jednalo s tebou.*”

Výsledky této práce by měly vést k zamyšlení nás všech, o tom, jaký zaujímáme postoj k této problematice. Počínaje ve vztahu my vůči našim nejbližším a pracovníci pomáhajících profesí vůči svým klientům.

Jsem toho názoru, že prostá lidská účast, empatie, solidarita, porozumění, schopnost nesoudit a být na blízku je základ pro každou pomoc. Pokud se bude riziku vzniku alkoholismu preventivně předcházet, lze jej minimalizovat. Základem je otevřená komunikace v rodině, mezi lidmi a také komunikace s lékařem, pokud dojde k podezření vzniku alkoholové závislosti. Alkoholismus tedy stále vidím jako velmi podceňovaný a tolerovaný jev, kterému je důležité se věnovat.

11. POUŽITÁ LITERATURA

- ALLPORT, Gordon Willard.(2004) O povaze předsudků. Vyd. 1. Praha: Prostor.
- American Society for Addiction Medicine. Definition of Addiction (2012).Dostupné z www.asam.org/research-treatment/defination- of- addiction.
- Bútora, M. (1991). Překročit svůj stín (1. vyd.). Praha: Avicenum.
- Caplan, B. (2010).Mýtus racionálního voliče. Praha: Lidové noviny.
- Csémy, L., Chomynová, P. (2012). Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD): Přehled hlavních výsledků studie v České republice v roce 2011. Zaostřeno na drogy, 10, 1-12
- CSÉMY, L; NEŠPOR, K.; SOVINOVÁ, H.(2001). Problémy s alkoholem v rodině.Praha: Státní zdravotnický ústav
- GAVORA, Peter. (2000). Úvod do pedagogického výzkumu. Brno:Paido,
- Dvořáček, J. (2003). Střednědobá ústavní léčba. In: Kalina, K. et al. (2003). Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2 (1. vyd.). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Ensor, T., Cooper, S. (2004). Overcoming barriers to health. Service access:influencing the demand side. Healt Policy Planning. 19, 69-79
- Ferjenčík, J. (2010). Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši. Praha: Portál.
- Formánek, J.,(2010). Úsměvy smutných mužů. Praha: GEKKO DISTRIBUTION s. r. o.
- Goffman,E. (2003).Stigma. Poznámky o způsobech zvládání narušené identity.Praha: Slon
- Hayesová, N.(2013). Základy sociální psychologie. Praha: Portál
- Heller, J. a Pecinovská, O. (2011). Pavučina závislostí. Alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby. Togga
- Kalina, K. et al. (2003). Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 1 (1. vyd.). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Kalina, K. et al. (2003). Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2 (1. vyd.). Praha: Úřad vlády České republiky
- Kalina, K. (2003). Denní stacionáře. In: Kalina, K. et al. (2003). Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2 (1. vyd.). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Kalina, K. (2008). Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí. (1. vyd.). Praha: Grada.
- Kern, H. et al. (2009). Přehled psychologie. Praha:Portál

- MAREK, Jakub; STRNAD, Aleš; HOTOVCOVÁ, Lucie.(2012). Bezdomovectví: v kontextu ambulantních sociálních služeb. Praha: Portál.
- Minařík, J. (2008). Přehled psychotropních látek a jejich účinků. In: Kalina, K. (2008). Základy klinické adiktologie (1. vyd.), (339-367). Praha: Grada.
- NAKONEČNÝ, M (2003). Úvod do psychologie. Praha: Academia.
- Nešpor, K. (2000). Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby (1. vyd.). Praha: Portál. Nešpor, K. (2003). Detoxifikační jednotky. In: Kalina, K. et al. (2003). Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2 (1. vyd.). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Nešpor, K. (2006). Zůstat střízlivý: praktické návody pro ty, kteří mají problém s alkoholem, a jejich blízké. (1. vyd.). Brno
- Nešpor, Karel (2011). Závislost na alkoholu – diagnostika a léčba dnes, *Psychiatrie*, 15(3), 154 – 159. Dostupný z: www.drnespor.eu/adnes4.doc.
- Novák, T. (2002). O předsudcích. Brno: Doplněk
- Pecinová, O. (2013). Léčba závislosti na alkoholu a její specifika u žen. *Revue České lékařské akademie*, 2013 (9), 25-28
- Pesch, O. (2014). Svědectví o víře. Praha: Vyšehrad
- Popov, P. (2003). Alkohol. In: Kalina, K. et al. (2003). Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 1 (1. vyd.). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Richterová Těmínová, M. (2008). Systém péče a jeho složky. In: Kalina, K. et al. (2008). Základy klinické adiktologie (1. vyd.). Praha: Grada.
- Rokyta, R. (2013). Úvod do problematiky alkoholu. *Revue České lékařské komory*, 2013 (9), 4-5
- Skála, Jaroslav (1977). ...až na dno?!: Fakta o alkoholu a jiných návykových látkách. Praha: Avicenum.
- UHLINGER, C.; TSCHUI, M.(2009). Když někdo blízký pije. Praha: Portál.
- Winter, D.,(2010). Křesťanství. Praha: Česká biblická společnost

